

Marek Rymsza
Arkadiusz Karwacki



STANDARDY JAKOŚCI USŁUG

JAKO NARZĘDZIA ZARZĄDZANIA PROCESAMI
ŚWIADCZENIA USŁUG REINTEGRACJI
(REHABILITACJI) SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ

W CENTRACH INTEGRACJI SPOŁECZNEJ,
KLUBACH INTEGRACJI SPOŁECZNEJ
I ZAKŁADACH AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ

Marek Rymsza
Arkadiusz Karwacki

STANDARDY JAKOŚCI USŁUG

Jako narzędzia zarządzania procesami
świadczenia usług reintegracji
(rehabilitacji) społecznej i zawodowej

w Centrach Integracji Społecznej,
Klubach Integracji Społecznej
i Zakładach Aktywności Zawodowej

SPIIS TREŚCI

CZĘŚĆ I WPROWADZENIE. ZAŁOŻENIA OGÓLNE PRAC NAD STANDARDAMI <i>Marek Rymsza, Arkadiusz Karwacki</i>	5
CZĘŚĆ II STANDARDY OGÓLNE <i>Marek Rymsza i Arkadiusz Karwacki</i>	17
CZĘŚĆ III STANDARDY CENTRÓW INTEGRACJI SPOŁECZNEJ <i>Arkadiusz Karwacki i Marek Rymsza we współpracy z ekspertami: Agnieszką Kardasz, Elżbietą Kiernożek i Justyną Rozbicką-Stanisławską</i>	55
CZĘŚĆ IV STANDARDY KLUBÓW INTEGRACJI SPOŁECZNEJ <i>Arkadiusz Karwacki i Marek Rymsza we współpracy z ekspertami: Grażyną Jolantą Niedźwiedzką-Bień, Barbarą Ender i Wojciechem Mametem</i>	67
CZĘŚĆ V STANDARDY ZAKŁADÓW AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ <i>Marek Rymsza i Arkadiusz Karwacki we współpracy z ekspertami: Małgorzatą Paprotą, Moniką Hoffmann-Grabowską i Zbigniewem Nowakowskim</i>	85

część I

WPROWADZENIE.

założenia ogólne
PRAC nad STANDARDAMI

Marek Rymsza
Arkadiusz Karwacki

część I. **WPROWADZENIE. ZAŁOŻENIA OGÓLNE PRAC** **NAD STANDARDAMI**

Marek Rymsza, Arkadiusz Karwacki

Przyjęte rozumienie standardów jakości usług reintegracyjnych/rehabilitacyjnych	7
Tryb prac nad standardami	12
Skróty, akronimy	16

PRZYJĘTE ROZUMIENIE STANDARDÓW JAKOŚCI USŁUG REINTEGRACYJNYCH/REHABILITACYJNYCH

Niniejsze opracowanie zawiera zestaw standardów jakości usług reintegracji (rehabilitacji) społecznej oraz zawodowej i jest efektem czteroletnich prac prowadzonych w Instytucie Spraw Publicznych. Niewielka stosunkowo objętość tej publikacji jest rozwiązaniem świadomie wybranym przez Autorów, wynikającym z dążenia do przedstawienia dorobku zrealizowanych badań oraz przeprowadzonych analiz i konsultacji w formie możliwie syntetycznej i „zoperacjonalizowanej”, a więc łatwej do przyswojenia i przede wszystkim praktycznego wykorzystania.

- Na wstępie chcielibyśmy jasno sprecyzować, jak rozumiemy standardy jakości usług reintegracyjnych: czym one w proponowanym tu ujęciu są, a czym nie są. Prezentowane standardy to **narzędzia do zarządzania procesami świadczenia usług aktywizujących** (reintegracyjnych/rehabilitacyjnych). W pierwszej kolejności, co podkreśla tytuł publikacji, mamy na uwadze świadczenie takich usług przez trzy rodzaje podmiotów:

- 1) centra integracji społecznej (CIS),
- 2) kluby integracji społecznej (KIS),
- 3) zakłady aktywności zawodowej (ZAZ).

To właśnie materiał badawczy i analityczny dotyczący działalności aktywizującej tych trzech podmiotów i współpraca z ekspertami-praktykami w nich pracującymi był bazą dla wypracowania standardów. Ale ponieważ świadomie konstruowaliśmy standardy dotyczące procesu świadczenia usług o określonym – aktywizującym beneficjentów – profilu, a nie standardy prowadzenia określonych placówek wsparcia, standardy te można wykorzystywać do podnoszenia jakości podobnie sprofilowanych usług świadczonych także przez inne podmioty:

- 4) przedsiębiorstwa społeczne, których misją społeczną jest tworzenie miejsc pracy dla osób marginalizowanych na rynku pracy,
- 5) inne podmioty świadczące usługi integracyjno-aktywizujące.

Kilka słów komentarza o obu tych „dalszych” adresatach standardów. Usługi integracyjne świadczą (a przynajmniej powinny świadczyć) przedsiębiorstwa społeczne typu WISE (ang. *work integration social enterprises* – przedsiębiorstwa integracji społecznej przez pracę). W Polsce są to m.in. spółdzielnie socjalne funkcjonujące na podstawie przepisów Ustawy z dnia 27 kwietnia 2006 roku o spółdzielniach socjalnych¹. Wyrażamy nadzieję, że polskie przedsiębiorstwa z tej grupy nie podzielą drogi obranej w latach 90. XX wieku przez wiele powstałych wówczas zakładów pracy chronionej (ZPCh). Zakłady pracy chronionej, korzystając z dotacji Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) na tworzenie i utrzymywanie miejsc pracy dla osób niepełnosprawnych, często nie prowadzą żadnych działań rehabilitacyjnych i z tego tytułu w badaniach porównawczych nie są zaliczane do podmiotów typu WISE, czy nawet szerzej – do podmiotów sektora ekonomii społecznej².

Innymi słowy, chodzi nam o to, aby zarządzający spółdzielniami socjalnymi nie zapominali, że trwały efekt „włączający” osoby marginalizowane ze względu na posiadane deficyty, ograniczenia, niesprawności ma nie samo wykonywanie pracy (jakiegokolwiek i w jakichkolwiek warunkach), ale zatrudnienie na stanowisku odpowiednio przygotowanym, zapewniającym nabywanie bądź podnoszenie kwalifikacji zawodowych, poprawę (a nie pogorszenie) zdrowia, czyli rehabilitację zdrowotną przez pracę oraz pozwalającym na pogodzenie obowiązków zawodowych z obowiązkami rodzinnymi i aktywnym funkcjonowaniem w życiu społecznym. Szansę na tego rodzaju inkluzję dają, naszym zdaniem, w pierwszej kolejności spółdzielnie socjalne tworzone nie przez samych spółdzielców, czyli osoby wykluczone w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 13 czerwca 2003 roku o zatrudnieniu socjalnym³, ale zakładane przez osoby prawne dla takich właśnie osób wykluczonych⁴.

Usługi aktywizujące świadczone są także w niektórych przynajmniej agencjach rynku pracy oraz organizacjach pozarządowych prowadzących programy ukierunkowane na usamodzielnienie klientów w innej formule prawnoinstytucjonalnej niż CIS, KIS, ZAZ. Podmioty te, zaznaczymy,

1 Dz.U. 2006 Nr 94, poz. 651 ze zm.

2 Por. np. *Od trzeciego sektora do przedsiębiorczości społecznej – wyniki badań ekonomii społecznej w Polsce*, Stowarzyszenie Klon/Jawor, Warszawa 2008, gdzie uwzględnione są ZAZ-y, a nie są uwzględnione ZPCh.

3 Dz.U. 2003 Nr 122, poz. 1143 ze zm.

4 Możliwość taką stworzyła nowelizacja ustawy o spółdzielniach socjalnych z 2009 roku – por. Ustawa z dnia 7 maja 2009 roku o zmianie ustawy o spółdzielniach socjalnych oraz o zmianie niektórych innych ustaw, Dz.U. 2009 Nr 91, poz. 742.

w różnych proporcjach kojarzą elementy reintegracji zawodowej i społecznej: agencje⁵ z większym zogniskowaniem na aktywizacji zawodowej, a organizacje⁶ – na inkluzji społecznej.

- W opracowaniu posługujemy się dwoma terminami: „reintegracja” i „rehabilitacja”, traktując je jako **określenia równorzędne**. Wymaga to wyjaśnienia. Takie podejście związane jest z tym, że pierwszy z terminów – **reintegracja** – używany jest powszechnie dla określenia istoty wsparcia aktywizującego oferowanego przez CIS-y i KIS-y; natomiast w systemie PFRON-owskim, w ramach którego funkcjonują ZAZ-y, te same (lub zbliżone) działania aktywizująco-wspierające określane są terminem **rehabilitacja**. Zaznaczmy przy tym, że w obrocie prawnym rehabilitacja jest określeniem znaczeniowo szerszym, gdyż w systemie PFRON do tej kategorii zbiorczej zalicza się działania w trzech obszarach: rehabilitacji zawodowej, społecznej i zdrowotnej. W systemie zatrudnienia socjalnego (do którego należą CIS-y i KIS-y) rozróżnia się zaś jedynie reintegrację zawodową i społeczną, z pominięciem problematyki stanu zdrowia beneficjentów i usprawniająco-korekcyjnych funkcji pracy w tym zakresie.

Standardy obejmują obszar usług z zakresu reintegracji społecznej i zawodowej i tylko w tym zakresie odnoszone są one do sfery PFRON-owskiej rehabilitacji. Nasza decyzja zawężająca w tym względzie jest efektem poszukiwania „wspólnego mianownika” w działalności aktywizującej CIS-ów, KIS-ów i ZAZ-ów, ale odpowiada też poniekąd wyjściowym intencjom ustawodawcy. Warto bowiem zaznaczyć, że regulująca funkcjonowanie PFRON-owskiego systemu rehabilitacji Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych⁷ – zgodnie ze swym tytułem – koncentruje się na rehabilitacji zawodowej i społecznej; uwzględnienie sfery rehabilitacji zdrowotnej w tym systemie zostało zaś wymuszone przez praktykę społeczną⁸.

5 Agencje rynku pracy funkcjonują na podstawie przepisów Ustawy z 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, Dz.U. 2004 Nr 99, poz. 1001 ze zm.

6 W Polsce są to głównie stowarzyszenia i fundacje oraz kościelne podmioty trzeciego sektora świadczące usługi reintegracyjne. Udzielają one wsparcia ukierunkowanego na usamodzielnienie klientów zgodnie z regulacjami zawartymi w Ustawie z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, Dz.U. 2003 Nr 96, poz. 873 ze zm. oraz Ustawie z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej, Dz.U. 2004 Nr 64, poz. 593 ze zm.

7 Dz.U. 1997 Nr 139, poz. 776 ze zm.

8 Poprawa stanu zdrowia jest ważnym elementem usamodzielniania osób niepełnosprawnych, które obejmują działania systemu PFRON. Chodziło tu przede wszystkim o możliwość finansowania ze środków tego funduszu celowego usług prozdrowotnych świadczonych w ramach procesu rehabilitacji.

W opisie poszczególnych standardów używamy też terminu nieco szerszego – „aktywizacja”, a także „integracja” i „inkluzja”. Określenie „podmioty aktywizujące” odnosimy do ogółu CIS-ów, KIS-ów i ZAZ-ów. Odnośnie adresatów wsparcia stosujemy wymiennie takie określenia, jak: „odbiorcy wsparcia”, „beneficjenci”, „klienci”, „uczestnicy zajęć”. Termin „klient” jest zakorzeniony w KIS-ach ze względu na usytuowanie większości tych placówek w strukturach pomocy społecznej; pracownicy CIS-ów chętnie określają adresatów wsparcia jako „uczestników” (kolejnych edycji programów reintegracyjnych); w ZAZ-ach adresaci wsparcia mają formalny status pracowników. Nie zdecydowaliśmy się wybrać jednego „uwpólnionego” terminu; używamy różnych określeń, ale najczęściej terminu „beneficjenci”.

- Zawarte w publikacji standardy to zbiór przemyślanych, opartych na doświadczeniach praktyki społecznej i pogłębionej diagnozie działalności CIS-ów, ZAZ-ów i KIS-ów wskazówki, jak w sposób profesjonalny świadczyć usługi reintegracyjne (rehabilitacyjne) osobom marginalizowanym w życiu społecznym i na rynku pracy. Jakże są to zapisy? Można sformułować względem nich trzy uwagi precyzujące:
 - 1) Standardy mają charakter zaleceń ramowych, nie mają więc formy sztywnych wymogów;
 - 2) Standardy nie są załączkami nowych regulacji prawnych;
 - 3) Standardy nie pełnią funkcji „instrukcji obsługi” obowiązujących przepisów prawnych.

Standardy nie zostały przygotowane „pod regulacje prawne”: ani po to, by dokonywać operacjonalizacji obowiązujących przepisów, ani po to, by przygotowywać nowe. Standardy są **narzędziami profesjonalnego zarządzania organizacją i świadczenia usług reintegracyjnych**.

Czytelnik może odnieść wrażenie, że standardy te najbardziej „pasują” do specyfiki funkcjonowania CIS-ów. Nie jest to wrażenie mylne, ale chcemy zaznaczyć, że kształt i treść standardów nie wynika z koncentracji na akurat tych placówkach wsparcia. We wszystkich fazach prac nad standardami (badania, analityka, konsultacje eksperckie i środowiskowe) CIS-y, KIS-y i ZAZ-y traktowaliśmy w ten sam sposób. Analiza zgromadzonych danych pokazała jednak, że to właśnie CIS-y znajdują się – *nomen omen* zgodnie ze swą nazwą – w centrum polskich *activation services*. Część cech CIS-y mają wspólnych z KIS-ami (decyduje o tym objęcie obu tych placówek tymi samymi regulacjami prawnymi z zakresu zatrudnienia socjalnego), a część z ZAZ-ami (podobna skala i poziom instytucjonalizacji działań). KIS-y i ZAZ-y różnią się zaś od siebie dużo bardziej, sytuując się tym samym na obrzeżach pewnego *continuum*, którego centralne miejsce zajmuje CIS. Kluby integracji społecznej są bardziej ukierunkowane w swej działalności usługowej na reintegrację

społeczną, a zakłady aktywności zawodowej – na rehabilitację zawodową. Centra integracji społecznej w największym zaś stopniu integrują oba rodzaje usług.

Ponieważ, jak to wielokrotnie podkreślamy, jakość i efektywność usług aktywizujących w dużym stopniu zależy od powiązania obu form wsparcia (odpowiednio zaprojektowanych działań sekwencyjnych lub równoległych, wzajemnie dopełniających się), działaniom centrów w swym obecnym kształcie stosunkowo bliżej jest do treści proponowanych w tym opracowaniu standardów. Dostrzeżenie owego centralnego miejsca CIS-ów jest jednak wynikiem prowadzonych analiz, a nie przyjętych założeń⁹. Mówiąc najkrócej, w odniesieniu do ZAZ proponujemy zwiększenie zakresu wsparcia z zakresu rehabilitacji społecznej oferowanego zatrudnianym w nich osobom niepełnosprawnym, w odniesieniu do KIS – budowanie bardziej trwałych relacji z podmiotami rynku pracy, a CIS – większą integrację obu form wsparcia.

Mając świadomość różnic, a nie tylko podobieństw w funkcjonowaniu CIS-ów, KIS-ów i ZAZ-ów i związanej z tym nieprzekładalności pewnych doświadczeń w organizacji usług reintegracyjnych (rehabilitacyjnych) w każdej z tych placówek, i zarazem nie chcąc narzucać klubom i zakładom CIS-owskiej logiki organizacji czy to rozwijania usług reintegracji zawodowej, czy reintegracji społecznej, zdecydowaliśmy się sformułować standardy dwóch rodzajów. Najpierw omawiamy w publikacji **standardy ogólne** – odnoszące się do ogółu CIS-ów, KIS-ów, ZAZ-ów, a wśród nich standardy określone w tych podmiotach, ale i standardy dopiero warte upowszechnienia (a obecnie uwzględniane okazjonalnie), zarazem możliwe do upowszechnienia bez naruszenia specyfiki i tożsamości poszczególnych podmiotów. Następnie przedstawiamy **standardy szczegółowe** – adresowane do placówek konkretnego typu (kolejno CIS-ów, KIS-ów i ZAZ-ów). Oba rodzaje standardów są nieco inaczej prezentowane.

Standardy ogólne są najpierw sformułowane w postaci syntetycznych rekomendacji i zaleceń zamieszczonych w ramkach. Teksty pod tymi ramkami stanowią rozwinięcie i omówienie tych rekomendacji i zaleceń. Natomiast standardy szczegółowe mają charakter nieco bardziej kontekstowy, są jakby „zsyte” z logiką funkcjonowania konkretnych podmiotów aktywizujących. Zrezygnowaliśmy więc z syntetycznych formuł w ramkach. Prezentujemy jednolite opisy, w których kluczowe zalecenia wyróżniamy wytłuszczoną czcionką.

9 Por. pogłębioną analizę wzajemnego pozycjonowania CIS-ów, ZAZ-ów, KIS-ów w: M. Rymsha, *Aktywizacja w polityce społecznej. W stronę rekonstrukcji europejskich welfare states?*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2013, s. 344–348.

TRYB PRAC NAD STANDARDAMI

- W pracach nad standardami staraliśmy się przestrzegać **dziesięciu zasad**. Część z nich sformułowaliśmy na samym wstępie, część była efektem refleksji już w trakcie prowadzonych prac. Zasady te ujęte są w tabeli 1. Warto zauważyć, że pierwsze cztery zasady mają charakter porządkujący i określają podejście do prac nad standardami, a pozostałych sześć odnosi się do meritum. Przy czym część z tych zasad przywołana już została w informacjach wstępnych, a pozostałe zostaną dookreślone w ramach opisu standardów.

Tabela nr 1. Przyjęte naczelne zasady w pracy nad standardami

ZASADA	CEL ZASADY
Po pierwsze: nie szkodzić .	Standardy nie mogą rozregulować czy przeregulować działalności podmiotów reintegracyjnych.
Po drugie: proponować, nie narzucać .	Nie chodzi o odgórne wdrażanie standardów za pomocą regulacji prawnych (np. rozporządzenia), ale o przedstawienie propozycji rozwiązań do wykorzystania przez zarządzających placówkami i zatrudnioną w nich kadrę specjalistów.
Po trzecie: odwoływać się do praktyki .	Nie chodzi o narzucanie „zewnętrznych” norm, ale o upowszechnianie stosowanych już dobrych praktyk.
Po czwarte: konsultować z zainteresowanymi środowiskami .	Prace nad standardami należy prowadzić we współpracy z przedstawicielami wszystkich typów podmiotów, które świadczą usługi reintegracyjne/ rehabilitacyjne oraz w konsultacji ze środowiskami specjalistów zatrudnionych w tych podmiotach.
Po piąte: zachować tożsamość placówek poszczególnych typów (CIS, ZAZ, KIS) .	Standardy nie powinny prowadzić do narzucania rozwiązań wypracowanych w placówkach jednego typu placówkom innych typów; warto zachować funkcjonalną różnorodność podmiotów aktywizujących.

Po szóste: tworzyć standardy usług, nie instytucji.	Standardy nie są standardami funkcjonowania instytucji wsparcia, ale dotyczą organizacji i świadczenia usług aktywizujących.
Po siódme: wzmacniać profile usług adresowanych do określonych kategorii odbiorców.	Standardy nie powinny prowadzić do ujednolichenia działań we wszystkich placówkach, ale wzmacniać wypracowane w nich profile działań (ze względu na charakter klientów lub rodzaj świadczonych usług).
Po ósme: wzmacniać podejście empowerment.	Usługi reintegracyjne powinny wspierać działania własne klientów, nie je zastępować; rozwijać pomocniczość służb społecznych.
Po dziewiąte: wzmacniać tożsamość zawodową specjalistów reprezentujących różne zawody pomocowe (helping professions).	Standardy powinny służyć rozwijaniu współpracy przedstawicieli różnych zawodów pomocowych zaangażowanych w działania aktywizujące.
Po dziesiąte: utrzymać balans między integracją społeczną a zawodową.	Potrzeba pozycjonowania obu form wsparcia aktywizującego jako wzajemnie dopełniających się na zasadzie sekwencyjnej (integracja społeczna poprzedza zawodową) lub wzmocnień równoległych (oba rodzaje wsparcia w jednym „pakiecie” integracyjnym).

- Materiał źródłowy, który stanowił podstawę opracowania standardów, był gromadzony przez nas i innych ekspertów Instytutu Spraw Publicznych w ramach realizacji kilku etapów badań, analiz i konsultacji, zgodnie z założeniami i harmonogramem projektu „Zintegrowany system wsparcia ekonomii społecznej”.

Zadaniem otwierającym prace nad standardami usług była inwentaryzacja podstawowych inicjatyw badawczych zrealizowanych w Polsce¹⁰, które koncentrowały się na funkcjonowaniu centrów integracji społecznej, klubów integracji społecznej lub zakładów aktywności zawodowej¹¹. Na podstawie dokonanej analizy źródeł zastanych staraliśmy się odpowiedzieć na pytanie: co wiemy o aktywności tych podmiotów w zakresie oferty usług adresowanej do ich klientów (CIS-y, KIS-y) i pracowników (ZAZ-y)? W przywołanej ekspertyzie podsumowującej ten

10 A. Karwacki, Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej w świetle badań, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2009, maszynopis.

11 Zaznaczmy, że zazwyczaj badanie te nie obejmowały wszystkich trzech typów placówek, a jeden bądź dwa z nich.

etap pracy o charakterze *desk research* przedstawione zostały główne ustalenia, płynące z przeanalizowanych dostępnych raportów badawczych, podstawowe problemy, bariery wpływające na jakość świadczonych przez CIS-y, KIS-y i ZAZ-y usług.

Kolejną fazą prac badawczych było studium „ilościowe”, zrealizowane na przełomie 2010 i 2011 roku¹². W ramach badania starano się odpowiedzieć na pytania:

- »» Jakie działania/usługi służące podniesieniu poziomu zatrudnialności są w Polsce praktykowane?
- »» Czy centra i kluby integracji społecznej oraz zakłady aktywności zawodowej oferują uczestnikom/pracownikom tych instytucji działania/usługi służące podniesieniu poziomu ich zdolności zatrudnieniowej, a jeśli tak, to w jakim zakresie?
- »» Czy centra i kluby integracji społecznej oraz zakłady aktywności zawodowej pozostają w sieciach instytucjonalnej współpracy, jeśli tak, to z kim?

Wykorzystaną techniką badawczą był wywiad telefoniczny powiązany z komunikacją za pośrednictwem Internetu, przeprowadzany z przedstawicielami możliwie wszystkich wchodzących w grę placówek. Zebrane w toku badania informacje były podstawą do:

- »» typologizacji placówek zatrudnienia socjalnego i zakładów aktywności zawodowej ze względu na: (a) realizowane strategie działania; (b) realizowane podejście do podnoszenia zatrudnialności;
- »» selekcji placówek do pogłębionego badania.

Zrealizowane badanie terenowe w ramach drugiej fazy przedsięwzięcia monitoringowego¹³ mieściło się w paradygmacie szeroko rozumianej metody etnograficznej. Miało ono charakter eksploracyjny, diagnostyczny i po części ewaluacyjny. W badaniu terenowym przedmiotem zainteresowania były usługi społeczne oferowane przez konkretne instytucje dla klientów zagrożonych wykluczeniem. Problemem głównym badania było poszukiwanie odpowiedzi na pytanie: jakie są a jakie być powinny standardy transferu konkretnych usług aktywizacji zawodowej i reintegracji społecznej na podstawie doświadczeń CIS-ów, KIS-ów i ZAZ-ów?

12 A. Karwacki, Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej i zakłady aktywności zawodowej – analiza wieńcząca I etap badania, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2010, maszynopis.

13 A. Karwacki, Usługi aktywizacji zawodowej i reintegracji społecznej w ofercie centrów integracji społecznej oraz wymiary rehabilitacji w zakładach aktywności zawodowej. Raport ze zrealizowanych badań terenowych, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2012, maszynopis.

- W procesie zbierania danych, które miały pozwolić odpowiedzieć na powyższe pytania problemowe, zastosowano następujące techniki badawcze: indywidualny wywiad narracyjny na podstawie scenariusza wywiadu, analizę treści dokumentów, analizę treści dokumentacji wizualnej (zdjęcia, filmy) obrazującej sposoby pracy z jednostkami i grupami, obserwację uczestniczącą (notatki z obserwacji warunków infrastrukturalnych, pracy konkretnych grup etc.). Próbkę badawczą stanowili pracownicy 24 podmiotów, oferujących usługi reintegracji zawodowej i społecznej oraz rehabilitacji zdrowotnej (po 8 centrów integracji społecznej, 8 klubów integracji społecznej i 8 zakładów aktywności zawodowej), wyselekcjonowanych na podstawie danych uzyskanych w I fazie badania. Doświadczenia przedstawicieli tych podmiotów, które powstały z intencją świadczenia kompleksowego wsparcia w postaci reintegracji społecznej i zawodowej osobom zagrożonym wykluczeniem społecznym i już wykluczonym, i które to podmioty jednocześnie stały się swoistym „poligonem doświadczalnym” reintegracji w Polsce, obrazują zakres transferu reintegracji społecznej i zawodowej do klientów (ofertę usług, dominujące strategie działania, procedury, kompetencje kadr).

Ważnym elementem procesu ustalania treści standardów były konsultacje, którym zostały poddane wstępne propozycje zapisów. Konsultacje zostały przeprowadzone w maju 2013 roku. Ich realizacji podjęła się Magdalena Twardowska, która opracowała raporty cząstkowe i zbiorcze wykorzystane do ustalenia ostatecznej wersji standardów. Konsultacje przeprowadzono zarówno techniką zogniskowanych wywiadów grupowych (FGI)¹⁴, która pozwala na zgromadzenie opinii większej liczby zainteresowanych osób, jednocześnie dając szansę pogłębienia przedstawianych opinii, stwarzając możliwość dyskusji i konfrontacji stanowisk prezentujących różne punkty widzenia, jak i w formie wywiadów indywidualnych oraz pisemnych opinii o przesłanym materiale uwzględniającym propozycję standardów.

W ramach realizacji wywiadów zogniskowanych zrealizowano po dwa spotkania z przedstawicielami zakładów aktywności zawodowej, centrów integracji społecznej i klubów integracji społecznej (w sumie 6 wywiadów). W spotkaniach wzięli udział kierownicy placówek i zatrudnieni w nich specjaliści: pracownicy socjalni, psycholodzy, doradcy zawodowi, terapeuci zajęciowi, rehabilitanci, pielęgniarki. Łącznie w konsultacjach wzięło udział około 60 osób. W spotkaniach wzięli udział przedstawiciele wymienionych trzech typów placówek zajmujących się reintegracją społeczną i za-

14 M. Twardowska, *Raport końcowy podsumowujący konsultacje standardów jakości usług reintegracji społecznej i zawodowej*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2013.

wodową z terenu 6 województw: podkarpackiego, świętokrzyskiego, śląskiego, wielkopolskiego, kujawsko-pomorskiego i warmińsko-mazurskiego. Dodatkowo zrealizowano 8 pogłębionych wywiadów indywidualnych, w których uczestniczyli zwierzchnicy placówek lub kilkoosobowe grono przedstawicieli danego podmiotu. Ponadto uzyskano pisemne opinie o propozycji standardów od przedstawicieli dwóch centrów integracji społecznej (Toruń, Braniewo) oraz od Związku Pracodawców ZAZ.

Naturalnie, w ramach prac nad standardami stale odnoszono się do wyników innych niż wyżej opisane badań czy do wiedzy eksperckiej wynikającej z ciągłego monitoringu funkcjonowania interesujących nas podmiotów.

SKRÓTY, AKRONIMY

ChRP	chroniony rynek pracy	PSU	prace społecznie użyteczne (w KIS; nie mylić z wolontariatem)
CIS	centrum integracji społecznej	PUP	powiatowy urząd pracy
DP	dobra praktyka	ŚDS	środowiskowy dom samopomocy
FP	Fundusz Pracy (środki w dyspozycji PUP)	WTZ	warsztaty terapii zajęciowej
IPD	indywidualny plan działania (w KIS)	ZAZ	zakład aktywności zawodowej
IPR	indywidualny plan rehabilitacji (w ZAZ)	ZFA	Zakładowy Fundusz Aktywności (w ZAZ)
IPZS	indywidualny plan zatrudnienia socjalnego (w CIS)	ZP	zła praktyka
KIS	klub integracji społecznej	ZPCh	zakład pracy chronionej
OER	ocena efektywności rehabilitacji (w ZAZ)		
ON	osoba niepełnosprawna		
OPS	ośrodek pomocy społecznej		
ORP	otwarty rynek pracy		
PCPR	powiatowe centrum pomocy rodzinie		
PrS	pracownik socjalny		

część II

STANDARDY OGÓLNE

Marek Rymsza
Arkadiusz Karwacki

CZĘŚĆ II. STANDARDY OGÓLNE

Marek Rymsza i Arkadiusz Karwacki

Standard nr 1. Praca zespołowa	19
Standard nr 2. Dywersyfikacja infrastruktury zatrudnieniowej	21
Standard nr 3. Zintegrowana kadra złożona z przedstawicieli różnych zawodów pomocowych	23
Standard nr 4. Zatrudnienie (stała współpraca) i właściwe wykorzystanie pracownika socjalnego	25
Standard nr 5. Zatrudnienie (stała współpraca) i właściwe wykorzystanie psychologa	27
Standard nr 6. Zatrudnienie (stała współpraca) i właściwe wykorzystanie doradcy zawodowego	29
Standard nr 7. Zatrudnienie (stała współpraca) i właściwe wykorzystanie instruktora zawodu	31
Standard nr 8. Zatrudnianie specjalistów o podwójnych kompetencjach	33
Standard nr 9. Zewnętrzna superwizja pracy specjalistów od pomagania	35
Standard nr 10. Współpraca z innymi podmiotami i rozwój <i>case management</i>	37
Standard nr 11. Komunikacja i ochrona danych osobowych w praktyce reintegracyjnej (rehabilitacyjnej)	40
Standard nr 12. Łączenie rekrutacji z diagnozą	42
Standard nr 13. Kompleksowa i aktualizowana diagnoza sytuacji beneficjentów	44
Standard nr 14. Opracowywanie indywidualnych planów integracyjnych	46
Standard nr 15. Inwestowanie w umiejętności komunikacyjne adresatów wsparcia	48
Standard nr 16. Staże na otwartym rynku pracy i prace społecznie użyteczne	49
Standard nr 17. Systemy motywacyjne	51
Standard nr 18. Nie zapominać o promocji	53

STANDARD NR 1. Praca zespołowa

Wszyscy zatrudnieni w placówce reintegracyjnej i współpracujący z nią tworzą jeden zespół.

Wszyscy, bez względu na wykształcenie i zajmowaną pozycję/pelnioną funkcję w placówce, uczestniczą w procesie reintegracji beneficjentów wsparcia; sam pobyt beneficjentów wsparcia w placówce jest bowiem elementem procesu ich reintegracji społecznej.

Wszyscy zatrudnieni starają się podnosić kompetencje społeczne w zakresie kontaktów z beneficjentami.

Wszyscy pracownicy zatrudnieni w placówce reintegracyjnej (rehabilitacyjnej) i wszyscy współpracujący z nią specjaliści tworzą jeden zespół. Wszyscy, bez względu na wykształcenie i zajmowaną pozycję czy też pełnioną funkcję w placówce, uczestniczą w procesie reintegracji beneficjentów. Członkowie personelu pełnią różne indywidualne funkcje, odgrywają różne role zawodowe i realizują różne zadania, wszyscy są współodpowiedzialnymi za proces reintegracji adresatów wsparcia. Proces integracji ma szansę zakończyć się sukcesem, jeśli kadrę będzie tworzyć wykwalifikowany, ale i zintegrowany zespół (zasada integracji reintegracji). Niezbędne jest uzgodnienie misji podmiotu i jej przyjęcie przez wszystkich członków personelu, także pracowników pomocniczych spoza zespołu specjalistów (to jest przedstawicieli zawodów pomocowych – *helping professions*).

Sam pobyt beneficjentów w placówce jest elementem procesu ich reintegracji (rehabilitacji). Zdobywają oni wiedzę, umiejętności, przechodzą terapię itp., ale także kształtują postawy

życiowe. Dlatego też ważne jest, aby wsparcie w tym zakresie miało charakter kompleksowy, a oddziaływanie wzmacniająco-korekcyjne było konsekwentne.

Niezbędnym wymogiem skutecznej inkluzji jest przepływ informacji o postępach poszczególnych beneficjentów i zasada szybkiego reagowania na ujawniające się problemy. Służyć temu mogą cykliczne spotkania zespołowe. Skład spotykającego się zespołu specjalistów (to jest przedstawicieli zawodów pomocowych – *helping professions*) powinien być warunkowany/dopasowany do możliwości organizacyjnych danego podmiotu (przykładowo w ZAZ-ach, gdzie mamy do czynienia z organizacją pracy opartą na mniejszych zespołach zadaniowych, spotykać się będą skromniejsze liczebnie zespoły, bez konieczności każdorazowego angażowania całej kadry). Takie spotkania stwarzają szansę podjęcia dyskusji o problemach, spostrzeżeniach i postulatach poszczególnych członków personelu.

W czasie przeznaczonym na cykliczne spotkania kadry można organizować – bardzo potrzebne – spotkania integracyjne beneficjentów. W dużych placówkach (gdzie może mieć nawet miejsce rozproszenie kadry, uczestników czy warsztatów w różnych częściach miasta czy nawet różnych miejscowościach) alternatywą wobec takich spotkań może być powołanie koordynatora (rolę tą może odgrywać pracownik socjalny), dbającego o przepływ informacji między pracownikami a uczestnikami i odpowiedzialnego za udzielanie informacji pracownikom na temat uczestników.

Już w procesie rekrutacji kadry warto analizować kompetencje społeczne, zwracać uwagę na empatię i życzliwość w podejściu do beneficjentów także członków personelu spoza kadry specjalistów (to jest przedstawicieli zawodów pomocowych – *helping professions*). Cały personel powinien mieć możliwość i motywację do podnoszenia swoich kompetencji społecznych w zakresie kontaktów z beneficjentami, zarządzający powinni reagować na potrzeby szkoleniowe sygnalizowane przez kadrę. Wszyscy członkowie personelu powinni być przeszkoleni w zakresie reagowania na sytuacje szczególne, kryzysowe, umieć udzielić beneficjentom podstawowego wsparcia (np. w sytuacji załamania nerwowego, wybuchu agresji itp., spożycia alkoholu, środków psychoaktywnych itp.).

Warto pamiętać, że powyższe uwagi nie mają zastosowania wobec niepełnosprawnych pracowników ZAZ-ów, którzy są adresatami usług rehabilitacyjnych i pomimo formalnego statusu osób zatrudnionych nie współtworzą personelu pomagającego w ZAZ-ach.

STANDARD NR 2. DYWERSYFIKACJA INFRASTRUKTURY ZATRUDNIENIOWEJ

Placówki reintegracyjne powinny posiadać kilka różnych warsztatów/pracowni, w których zatrudniają lub szkolą osoby przechodzące proces reintegracji (rehabilitacji).

Jest to rozwiązanie racjonalne ze względu na:

- (1) potrzebę dywersyfikacji ryzyka ekonomicznego oraz
- (2) większe możliwości reintegracji zawodowej.

Placówki i zakłady reintegracyjne posiadają zazwyczaj kilka różnych warsztatów/pracowni, w których zatrudnia się lub szkoli adresatów wsparcia. Jest to rozwiązanie racjonalne z dwóch powodów. Po pierwsze, istnieje potrzeba dywersyfikacji ryzyka ekonomicznego, zwłaszcza w sytuacji, kiedy beneficjenci skupieni w konkretnych pracowniach/warsztatach podejmują się prac zleconych na rynku. Po drugie, z takim rozwiązaniem wiążą się większe możliwości reintegracji/rehabilitacji zawodowej. Oferowanie kilku profili rozwoju zawodowego umożliwia indywidualizację wsparcia adresowanego do uczestników programów reintegracyjnych czy pracowników ZAZ-ów przez branie pod uwagę ich zdolności czy osobistych preferencji.

Przygotowanie oferty warsztatów/pracowni powinno być, na ile to możliwe, spójne zarówno z wynikami diagnoz indywidualnych problemów/potrzeb beneficjentów, jak i analizowanymi potrzebami lokalnego rynku pracy. Dla przykładu, indywidualizacja ścieżki rozwojowej w wybranych KIS-ach opiera się na organizowaniu kursów nawet dla jednej osoby. Beneficjenci mają różne predyspozycje, zdolności, są w stanie osiąść konkretne kwalifikacje,

a równocześnie z określonymi zadaniami zawodowymi mogą sobie nie radzić. Indywidualizacja ścieżki reintegracyjnej klienta wymaga zatem, aby posiadał on możliwości nabywania kwalifikacji i podejmowania aktywności w zawodzie maksymalnie powiązanych z jego zainteresowaniami, predyspozycjami, oczekiwaniami.

Oferta profili kształcenia i praktyki zawodowej musi także korespondować z wymogami rynku pracy. Niezbędne jest zatem dokonywanie cyklicznej analizy tego, na jakie kwalifikacje zawodowe jest zapotrzebowanie w danym okresie na konkretnym rynku pracy, jaki profil zawodowy daje szanse klientom na aktywność zawodową teraz i w nieodległej przyszłości (w przypadku osób karanych należy dodatkowo koncentrować się na tych zawodach, które mogą realnie wykonywać w sytuacji braku zatarcia popełnionego przestępstwa).

Monitorowanie sytuacji na rynku pracy może być realizowane na różne sposoby: przy współpracy z biznesem na zasadzie stałej wymiany informacji, organizacji seminariów diagnozujących potrzeby i potencjał zatrudnieniowy pracodawców, warsztatów wewnętrznych z udziałem przedstawicieli biznesu, ukierunkowanych na organizację staży zawodowych na ORP.

Budowanie oferty wsparcia powinno uwzględniać gruntowną analizę uwarunkowań i możliwości skorzystania z niej przez konkretnych klientów. Przykładowo, ważną barierą podjęcia aktywności zawodowej i w ogóle możliwości rozpoczęcia procesu reintegracji może być konieczność sprawowania opieki nad dziećmi. Dlatego też dobrą praktyką jest organizowanie opieki bądź ułatwianie dostępu do instytucji dziennej opieki dla klientów podmiotów trudniących się reintegracją i rehabilitacją.

STANDARD NR 3.

ZINTEGROWANA KADRA ZŁOŻONA Z PRZEDSTAWICIELI RÓŻNYCH ZAWODÓW POMOCOWYCH

Stabilna i zarazem zróżnicowana, składająca się z przedstawicieli różnych zawodów pomocowych, kadra zapewnia możliwość łączenia reintegracji społecznej i zawodowej.

Podstawą zintegrowanej kadry jest triada specjalistów:

- (1) psycholog,
- (2) pracownik socjalny,
- (3) doradca zawodowy.

Jeśli są po temu warunki, warto poszerzyć kadrę o doradcę prawnego i terapeutę. Jeszcze inni specjaliści mogą być niezbędni ze względu na profil placówki (np. psychiatrzy, gdy pomoc świadczona jest osobom z zaburzeniami psychicznymi).

Wszyscy specjaliści powinni stale doskonalić podstawowe umiejętności psychospołeczne oraz warsztat charakterystyczny dla własnych profesji.

Podstawowym zasobem podmiotów świadczących usługi reintegracyjne (rehabilitacyjne) powinna być stabilna (zatrudnienie etatowe lub stała współpraca) i zarazem zróżnicowana kadra specjalistów (to jest przedstawicieli zawodów pomocowych – *helping professions*), składająca się z przedstawicieli różnych zawodów pomocowych. Taka kadra zapewnia łączenie usług reintegracji społecznej i zawodowej. Pozyskiwanie do współpracy osób o różnych kwalifikacjach daje szansę na indywidualizację usług aktywizujących, ich „szycie na miarę” potrzeb (i ograniczeń) beneficjentów.

Trzonem kadry powinna być triada specjalistów: (1) psycholog, (2) pracownik socjalny, (3) doradca zawodowy. Profile ról zawodowych każdego z tych specjalistów zostaną bliżej nakreślone w kolejnych standardach. Kompleksowość oferty usługowej CIS-ów – KIS-ów – ZAZ-ów podnosi też doradztwo prawne oraz terapia (w tym terapia uzależnień, ważna w CIS-ach i KIS-ach; ewentualnie można gwarantować dostęp do bezpłatnej pomocy psychoterapeutycznej w poradniach prowadzonych przez organizacje pozarządowe).

W zależności od profilu placówki (a ściślej – od profilu adresatów wsparcia) ważna jest też współpraca z innymi specjalistami, np.: psychiatrami (placówki aktywizujące osoby z zaburzeniami psychicznymi) czy lekarzami ogólnymi, pielęgniarkami (reintegracja osób bezdomnych, zazwyczaj z dużymi problemami zdrowotnymi, będącymi konsekwencją bezdomności). Cenna, zwłaszcza w CIS-ach, jest współpraca z kuratorami sądowymi.

Warto zasygnalizować, że najtrudniej standard różnorodnej, zintegrowanej kadry osiągnąć KIS-om, które często korzystają ze specjalistów zatrudnianych krótkookresowo do konkretnych edycji programów reintegracyjnych prowadzonych na zasadzie projektowej (a więc niekoniecznie regularnie). Pozyskiwanie specjalistów metodą przetargową jest tu dysfunkcyjne: po pierwsze, zazwyczaj kryterium selekcyjnym jest tu cena, a nie kompetencje; po drugie, nie można w ten sposób zbudować stałego zespołu współpracujących ze sobą specjalistów.

Kadra specjalistów powinna stale rozwijać swoje kompetencje zawodowe. Wszyscy powinni podnosić swoje umiejętności psychospołeczne i zarazem rozwijać własny warsztat, charakterystyczny dla konkretnej profesji. Warto też budować wspólne zasady etyczne profesjonalnego pomagania. Szkolenia są trudniej dostępne dla kadr CIS-ów niż ZAZ-ów (gdzie odpowiednie szkolenia branżowe organizuje m.in. Ogólnopolski Związek Pracodawców Zakładów Aktywności Zawodowej – OZP ZAZ). Przykładem szkolenia, na które istnieje duże zapotrzebowanie, są mediacje. Spotkań *stricte* szkoleniowych nie zastępują, skądinąd również potrzebne, tzw. sieciujące spotkania środowiskowe czy działalność parasolowych organizacji: Konwentu CIS-ów i KIS-ów oraz wspomnianego już OZP ZAZ. Organizowane spotkania środowiskowe, jak do tej pory, nie są też w stanie przełamać „linii demarkacyjnej” między systemem zatrudnienia socjalnego (CIS, KIS) a systemem rehabilitacji niepełnosprawnych (ZAZ).

STANDARD NR 4. ZATRUDNIENIE (LUB STAŁA WSPÓŁPRACA) I WŁAŚCIWE WYKORZYSTANIE PRACOWNIKA SOCJALNEGO

Pracownik socjalny jest niezbędny dla właściwej organizacji i procesu świadczenia usług reintegracyjnych (rehabilitacyjnych).

Zadania pracownika socjalnego to:

- 1) organizacja wejścia/wyjścia klienta/pracownika do (z) podmiotu aktywizującego,
- 2) reintegracja społeczna,
- 3) dbanie o indywidualizację podejścia dzięki
- 4) diagnozie socjalnej ukierunkowanej na „namierzenie” deficytów społecznych adresata wsparcia, obejmującej – o ile to możliwe –
- 5) przeprowadzenie wywiadu środowiskowego oraz
- 6) nawiązywanie kontaktów z rodziną beneficjenta.

Jeżeli podmiot nie zatrudnia „własnego” pracownika socjalnego, powinien utrzymywać stałą współpracę z konkretnym pracownikiem socjalnym „zewnętrznym”.

Pracownik socjalny to niezbędna profesja w kadrze podmiotów świadczących usługi reintegracyjne (rehabilitacyjne). Specjaliści ci mają wiele zadań do wykonania, w których trudno ich zastąpić. Po pierwsze, to pracownikowi socjalnemu warto powierzyć organizację pierwszego i ostatniego etapu pracy z beneficjentem (wejście/wyjście do/z pomiotu aktywizującego).

Po drugie, pracownik socjalny powinien uczestniczyć w procesie reintegracji społecznej beneficjenta, wykorzystując swe umiejętności z zakresu pracy socjalnej do wzmocnienia klienta jako

uczestnika życia społecznego (pomoc w odbudowywaniu więzi rodzinnych, sąsiedzkich, koleżeńskich, kontakt z instytucjami życia społecznego, odzyskiwanie wiary w siebie, pomoc w zrozumieniu źródeł problemów, treningi motywacyjne; zaznaczymy, że adresat pracy socjalnej zwyczajowo określany jest jako klient bez względu na formalny jego status).

Po trzecie, obecność w kadrze pracownika socjalnego sprzyja indywidualizacji podejścia – pracownik socjalny jest wykwalifikowany w zakresie diagnozy ukierunkowanej na określenie potrzeb/problemów konkretnych klientów. A często to właśnie problemy na poziomie społecznego funkcjonowania jednostki są pierwotne wobec problemów doświadczanych przez nią na rynku pracy, a ich nierozwiązanie utrudnia reintegrację zawodową.

Po czwarte, pracownicy socjalni są wykwalifikowani w zakresie przeprowadzania wywiadu środowiskowego jako elementu diagnozy socjalnej. I wreszcie, pracownik socjalny może podejmować działania środowiskowe ukierunkowane na rzecz nawiązania bezpośrednich kontaktów z rodziną klienta; takie działania środowiskowe mogą być niezbędnym wzmocnieniem w neuralgicznym okresie procesu reintegracji społecznej.

Należy jednak zaznaczyć, że nie wszyscy adresaci wsparcia aktywizującego wyrażają zainteresowanie czy zgodę na takie „wejście” przedstawiciela podmiotu aktywizującego do przestrzeni ich życia prywatnego, i co do zasady trzeba to uszanować. Ponadto, część podmiotów świadczących usługi aktywizujące nie jest zainteresowanych podejmowaniem działań środowiskowych. Dotyczy to zwłaszcza ZAZ-ów, przyznających swym beneficjentom status pracowników, a nie klientów. Wydaje się, że kluczowe znaczenie powinna tu jednak mieć wola beneficjenta, a nie podejście podmiotu. Zainteresowanie beneficjenta powinno uruchamiać działania środowiskowe, nawet jeżeli nie są one „po linii” działań podstawowych podmiotu aktywizującego, a brak zgody powinien powodować zaniechanie pracy środowiskowej, nawet w sytuacji rozpoznania takiej potrzeby i gotowości kadry specjalistów do podjęcia działań w środowisku beneficjenta.

Jeżeli podmiot nie zatrudnia „własnego” pracownika socjalnego, niezbędne jest utrzymywanie stałej współpracy z pracownikiem socjalnym „zewnętrznym”. Z tej perspektywy widać potrzebę większej współpracy zwłaszcza OPS-ów z KIS-ami (także w zakresie pracy środowiskowej), a jako dobrą praktykę warto wskazać udział pracowników socjalnych OPS-ów w cyklicznych spotkaniach organizowanych przez KIS-y.

STANDARD NR 5. ZATRUDNIENIE (LUB STAŁA WSPÓŁPRACA) I WŁAŚCIWE WYKORZYSTANIE PSYCHOLOGA

Psycholog jest niezbędny dla właściwej organizacji i procesu świadczenia usług reintegracyjnych (rehabilitacyjnych). Zadania psychologa:

- 1) udział w rekrutacji (zwracanie uwagi na sferę motywacji potencjalnych adresatów usług),
- 2) pogłębiona diagnoza beneficjentów pod kątem deficytów, ograniczeń, kompetencji, możliwości z wykorzystaniem narzędzi psychologicznych (testy itp.),
- 3) udział w reintegracji (rehabilitacji) społecznej przez rozmowy indywidualne, konsultacje psychologiczne, zorganizowane formy terapii.

Działania diagnostyczne i korekcyjno-terapeutyczne, jeśli istnieją ku temu warunki organizacyjne, można podzielić między dwóch psychologów. Z kolei działania *stricte* terapeutyczne można „wyprowadzić” poza podmiot przez nawiązanie współpracy z innymi placówkami.

Psycholog to również niezbędny specjalista w kadrze podmiotów świadczących usługi reintegracyjne (rehabilitacyjne). Udział psychologa w rekrutacji, jak pokazują doświadczenia CIS-ów i (rzadziej) KIS-ów, skutkuje większym zwracaniem uwagi na motywację potencjalnych uczestników programów aktywizujących (jest on w stanie określić w sposób zobiektywizowany poziom/stopień umotywowania) i decyzjami o nieprzyjmowaniu osób niezainteresowanych życiowym usamodzielnieniem, a „przymuszanych” do reintegracji przez instytucje czy procedury (np. zapisy w kontraktach socjalnych). Zaznaczmy, że w przypadku ZAZ-ów

sytuacja taka raczej nie występuje ze względu na brak zorganizowanych grupowych „naborów” i dużą „konkurencję” na zwalniane pojedyncze miejsca pracy przystosowane na potrzeby osób niepełnosprawnych.

Psycholog odgrywa kluczową rolę w procesie diagnozy indywidualnych zasobów i deficytów adresatów wsparcia. Taka diagnoza bez należyście użytych narzędzi psychologicznych zawsze będzie diagnozą powierzchowną, w dużej mierze intuicyjną. Udział psychologa w procesie rekrutacji już umożliwia stworzenie wstępnego profilu psychologicznego beneficjenta, wiążąc tym samym rekrutację z diagnozą (**por. standard nr 12**).

Obecność psychologa daje też możliwość monitorowania stanu emocjonalnego beneficjentów i ułatwia przejście przez sytuacje krytyczne dla procesu reintegracji (rehabilitacji społecznej). Ważna jest tu także obecność psychologa „na co dzień”, możliwość rozmów i konsultacji indywidualnych. Zaznaczmy, że nie chodzi o okazjonalne dyżury, na które można się z dużym wyprzedzeniem zapisać, ale faktyczną dostępność psychologa. Jest to szczególnie istotne wówczas, gdy w zajęciach reintegracyjnych (rehabilitacyjnych) dominują zajęcia warsztatowe o charakterze grupowym. Dodajmy, że wywiad psychologiczny i testy psychologiczne są też użyteczne dla określania postępów w reintegracji (rehabilitacji) zawodowej.

Psychologowie z uprawnieniami terapeutycznymi mogą także prowadzić sesje terapeutyczne czy grupy wsparcia. W KIS-ach i CIS-ach jest duże zapotrzebowanie na terapię uzależnień, w ZAZ-ach – bardziej na grupy wsparcia o charakterze wzmocnieniowym. Zajęcia *stricte* terapeutyczne, zwłaszcza gdy chodzi o terapię specjalistyczną, mogą być jednak wyprowadzane na zewnątrz, dzięki współpracy z placówkami i ośrodkami terapeutycznymi.

STANDARD NR 6. ZATRUDNIENIE (LUB STAŁA WSPÓŁPRACA) I WŁAŚCIWE WYKORZYSTANIE DORADCY ZAWODOWEGO

Doradca zawodowy jest niezbędny dla właściwej organizacji i procesu świadczenia usług reintegracyjnych (rehabilitacyjnych). Zadania doradcy koncentrują się na sferze aktywizacji zawodowej i obejmują:

- 1) diagnostykę oraz
- 2) udział w procesie reintegracji zawodowej (doradztwo, usługi pośredniczące itp.).

Funkcji doradcy zawodowego nie powinni pełnić instruktorzy zawodowi i *vice versa* – nie jest zadaniem doradcy przyuczanie do wykonywania konkretnego zawodu.

Doradca zawodowy to trzeci niezbędny trzon kadry specjalistów w podmiotach świadczących usługi reintegracyjne (rehabilitacyjne). Działalność doradców koncentruje się na aktywizacji zawodowej beneficjentów. W procesie rekrutacji i wstępnej diagnozy zadaniem doradcy jest określenie predyspozycji zawodowych beneficjentów. Następnie doradca świadczy usługi w postaci doradztwa zawodowego czy pośrednictwa pracy (organizacja staży zawodowych itp.). Doradca może prowadzić zarówno zajęcia grupowe, jak i doradztwo indywidualne.

Funkcji doradcy zawodowego nie powinni pełnić instruktorzy zawodowi (którzy doradcami nie są) i *vice versa* – zadaniem doradcy nie jest przygotowywanie beneficjentów do wykonywania określonego zawodu czy świadczenia pracy na konkretnym stanowisku. Doradca zawodowy powinien natomiast przygotowywać beneficjentów do aktywnego poszukiwania pracy na ORP

(poszukiwanie ofert pracy, przygotowanie dokumentów, umiejętności w zakresie prowadzenia rozmów o pracę) i wykonywania pracy w warunkach ORP (zachowanie się w miejscu pracy, nawyki niezbędne w pracy itp.).

Obecnie doradcy są zatrudniani w CIS-ach. ZAZ-y współpracują z doradcami z PUP-ów i traktują taką współpracę raczej okazjonalnie, dla określenia, czy nowo zatrudniony niepełnosprawny pracownik może świadczyć pracę na konkretnym stanowisku. Jest to w większym stopniu weryfikacja ze względu na kwestie formalne niż element diagnozy predyspozycji zawodowych profilujący przebieg procesu rehabilitacji przez pracę. KIS-y współpracują z doradcami zawodowymi „zewnątrznymi”, okresowo dokooptowanymi do zespołu w ramach konkretnych edycji programów reintegracyjnych.

Co istotne, część podmiotów (zwłaszcza CIS-y, ale i coraz częściej ZAZ-y) rozwija własne pośrednictwo pracy, opierając się w tym względzie na aktywności doradców zawodowych. To ważny element oferty pomocowej tych podmiotów, wiążący je z ORP. Zwiększa to prawdopodobieństwo na pozyskiwanie ofert pracy dla „absolwentów” CIS-ów czy KIS-ów, a także stwarza możliwość opuszczenia chronionego rynku pracy przez pracowników ZAZ-ów. Jest to ważne, gdyż usługi pośrednictwa pracy PUP-ów rzadko kiedy sprofilowane są z uwzględnieniem specyficznej sytuacji osób marginalizowanych na rynku pracy ze względu na konkretne ograniczenia czy deficyty. Zaznaczmy też, że zakorzenienie na ORP jest pełniejszą formą integracji z rynkiem pracy niż długookresowe zatrudnienie w warunkach chronionych, jakie stwarza ZAZ.

STANDARD NR 7. ZATRUDNIENIE (LUB WSPÓŁPRACĄ) I WŁAŚCIWE WYKORZYSTANIE INSTRUKTORA ZAWODU

Instruktorzy zawodu nie współtworzą specjalistycznej kadry odpowiedzialnej za reintegrację/rehabilitację społeczną i zawodową, są zaś odpowiedzialni za przyuczenie do pracy na konkretnym stanowisku i praktyczną naukę zawodu.

Instruktorzy zawodu nie powinni być traktowani jako *quasi-terapeuci* czy doradcy zawodowi (przedstawiciele określonych zawodów pomocowych – *helping professions*). Powinni natomiast posiadać możliwie wysokie kompetencje psychospołeczne i potrafić odpowiednio reagować w sytuacjach kryzysowych.

Instruktorzy zawodu są niezbędnym ogniwem w reintegracji zawodowej. Ich zadaniem jest przyuczenie beneficjentów do świadczenia pracy na konkretnym stanowisku (ta formuła przeważa w ZAZ-ach) oraz praktyczna nauka zawodu (formuła bliższa CIS-om). Instruktorzy sprawują bezpośredni nadzór nad praktyką zawodową beneficjentów w konkretnych warsztatach/pracowniach. Mogą więc podejmować rolę trenera pracy. Nie powinni natomiast być zaliczani do kadry specjalistów, skupiającej przedstawicieli różnych zawodów pomocowych (*helping professions*). Nie są bowiem profesjonalnymi doradcami zawodowymi czy terapeutami.

Ze względu na fakt, że instruktorzy zawodu spędzają dużo czasu z beneficjentami, mają możliwość regularnej obserwacji ich zaangażowania, predyspozycji i ograniczeń. Dlatego warto, by aktywnie uczestniczyli w cyklicznych spotkaniach kadry poświęconych ocenie postępów reintegracyjnych (rehabilitacyjnych) beneficjentów.

Instruktorzy powinni też posiadać umiejętności psychospołeczne ułatwiające komunikację z beneficjentami oraz reagowanie w sytuacjach kryzysowych.

Obecnie instruktorzy zawodu zatrudniani są w ZAZ-ach i CIS-ach. Przy czym w CIS-ach generalnie instruktorzy są silniej zintegrowani z reintegracyjną misją placówki niż instruktorzy w ZAZ-ach, koncentrujących się na sferze praktyki zawodowej. KIS-y, zaznaczymy, organizują praktyki zawodowe „na zewnątrz” i nie posiadają „na stanie” własnych instruktorów zawodu.

STANDARD NR 8. ZATRUDNIANIE SPECJALISTÓW O PODWÓJNYCH KOMPETENCJACH

Ze względu na ograniczenia organizacyjne i finansowe co do wielkości kadry specjalistów, zarządzający podmiotami świadczącymi usługi reintegracyjne (rehabilitacyjne) powinni rozważyć możliwość zatrudnienia specjalistów o podwójnych kwalifikacjach.

Przykłady funkcji łączonych: psycholog – doradca zawodowy, pracownik socjalny – terapeuta, pielęgniarka – terapeuta.

Ze względu na ograniczenia finansowe oraz formalne limity dotyczące zatrudniania (np. regulowana ustawowo proporcja pracownicy sprawni – niepełnosprawni w ZAZ-ach), warto rozważyć zatrudnienie (ewentualnie stałą współpracę) specjalistów o podwójnych kwalifikacjach. Postulujemy taką praktykę z wyraźnym podkreśleniem, że jest to strategia typu *second best* (rozwiązanie zaradcze w sytuacji niemożności zatrudnienia większej liczby specjalistów), a nie strategia optymalizacji budżetu podmiotu aktywizującego.

Takie rozwiązanie zapewnia możliwość świadczenia usług kompleksowych przez stosunkowo wąski zespół specjalistów (*helping professions*). Przykładowe, „wzięte z życia” podwójne kompetencje zawodowe kadry zatrudnionej/współpracującej w podmiotach trudniących się reintegracją czy rehabilitacją to: psycholog – doradca zawodowy, pracownik socjalny – terapeuta, pielęgniarka – terapeuta. Pewną analogią, choć już nie dotyczącą kadry specjalistów, będzie instruktor zawodu o podwójnych kwalifikacjach, opiekujący się dwoma warsztatami. O łączeniu kwalifikacji możemy też mówić, gdy jeden pracownik wykonuje zadania *stricte*

pomocowe i administracyjne, np. psycholog zarządza placówką (jest jej kierownikiem), a jednocześnie jest czynnym członkiem zespołu specjalistów.

Podwójne kompetencje specjalistów co do zasady należy też traktować jako zwiększenie kwalifikowanego kapitału ludzkiego podmiotu prowadzącego działania aktywizujące także wówczas, gdy takim specjalistom nie przydzielamy „podwójnych zadań” (np. dzieląc etat na dwa półetaty). Takie dodatkowe kwalifikacje są bowiem przydatne w pracy zawodowej; specyfiką zawodów pomocowych (*helping professions*) jest bowiem odgrywanie różnych ról zawodowych, także wychodzących poza ścisłe ramy podstawowej profesji.

STANDARD NR 9.

ZEWNĘTRZNA SUPERWIZJA PRACY SPECJALISTÓW OD POMAGANIA

Usługi reintegracyjne (rehabilitacyjne) powinny być poddawane superwizji prowadzonej przez zewnętrznych względem placówki superwizorów.

Superwizji potrzebują specjaliści wszystkich zawodów pomocowych wchodzący w skład kadry specjalistów (*helping professions*).

Korzyść z superwizji jest potrójna i obejmuje: korzyść kadry specjalistów, korzyść instytucji pomocowych, korzyści odnoszą także (pośrednio, dzięki podniesieniu jakości usług) beneficjenci wsparcia.

Kadry specjalistów podmiotów świadczących usługi reintegracyjne (rehabilitacyjne) potrzebują wsparcia superwizyjnego. Obecnie w większości podmiotów zewnętrzna superwizja nie jest dostępna. Jeśli już, to podejmuje się próby superwizji wewnętrznej, opartej na kontaktach koleżeńskich (wsparcie ze strony najbardziej doświadczonych specjalistów). Praktyki superwizji wewnętrznej są jednak ryzykowne, gdyż łatwo mogą przekształcić się w mniej lub bardziej ukrytą formę kontroli efektywności pracy specjalistów.

Istnieje duża potrzeba wprowadzenia superwizji prowadzonej przez zewnętrznych względem danego podmiotu kwalifikowanych superwizorów. Takiego wsparcia wymagają wszyscy członkowie kadry specjalistów zatrudnionej i współpracującej z danym podmiotem. Najlepszym rozwiązaniem jest prowadzenie superwizji „branżowej”: oznaczającej, że wsparcia superwizyjnego danemu specjalistcie udziela superwizor o tej samej profesji pomocowej. Rozwiązaniem typu

second best jest prowadzenie superwizji przez psychologa dla przedstawicieli różnych zawodów pomocowych (*helping professions*). Do rozważenia jest też objęcie superwizją psychologa także instruktorów zawodu (w zakresie kompetencji psychospołecznych i reagowania na sytuacje kryzysowe, bez wchodzenia w meandry praktyki zawodowej, do której przyucza beneficjentów dany instruktor).

Wsparcie superwizyjne przynosi korzyści na trzech poziomach. Po pierwsze, jest niezbędne dla samych specjalistów, chroniąc ich przed wypaleniem zawodowym, obarczaniem się odpowiedzialnością za pracę „bez rezultatów”, gdy „wina” jest po stronie usługobiorców, nie specjalisty, zaniżaniem samooceny (lub zawyżaniem), poczuciem osamotnienia. Drugim poziomem jest korzyść instytucji: superwizja służy usprawnianiu jej funkcjonowania, odśłania nierozwiązane problemy komunikacyjne itp., podnosi poziom profesjonalizmu kadry specjalistów. Superwizja, służąc podniesieniu jakości usług reintegracyjnych (rehabilitacyjnych), służy też pośrednio beneficjentom wsparcia.

Potrzeba superwizji jest najbardziej uświadomiona wśród psychologów, rośnie świadomość w tym zakresie wśród pracowników socjalnych. Po przybliżeniu istoty superwizji jej potrzeba jest identyfikowana przez przedstawicieli wszystkich zawodów pomocowych (*helping professions*). Istotną barierą w upowszechnianiu superwizji jest brak środków w budżetach podmiotów aktywizujących na wynagrodzenia dla zewnętrznych superwizorów. Problem ten wymaga rozwiązania na poziomie systemowym.

Warto też podkreślić, że warunkiem właściwie prowadzonej superwizji jest wysoki poziom kompetencji superwizorów, ich doświadczenie zawodowe i kwalifikacje nie mogą być niższe niż osób superwizowanych. Innymi słowy, superwizja sama w sobie nie jest odrębnym zawodem "wyższego rzędu" w zakresie pomocy, w której można się wyspecjalizować jedynie w oparciu o praktykę superwizyjną".

STANDARD NR 10.

WSPÓŁPRACA Z INNYMI PODMIOTAMI I ROZWÓJ case management

Współpraca podmiotów specjalizujących się w usługach reintegracyjnych (rehabilitacyjnych) z placówkami pomocy społecznej (OPS, PCPR), instytucjami rynku pracy (PUP-y, agencje zatrudnienia) jest ważnym elementem „integracji reintegracji”.

Udrażnianie dzięki takiej współpracy systemu aktywizacji zwiększa szanse na usamodzielnienie beneficjentów i zarazem zwiększa łączną liczbę osób objętych wsparciem aktywizującym.

Sytuacja drożności systemu aktywizacji sprzyja praktykowaniu formuły *case management* (zarządzania przypadkiem).

Najważniejsze znaczenie ma udrożnienie przepływu beneficjentów na liniach: WTZ – ZAZ, OPS – KIS, OPS – CIS, ZAZ – ORP.

Współpraca podmiotów specjalizujących się w usługach reintegracyjnych (rehabilitacyjnych) z placówkami pomocy społecznej (OPS-y, PCPR-y), instytucjami rynku pracy (PUP-y, agencje zatrudnienia) i innymi podmiotami wsparcia (np. WTZ) jest ważnym elementem „integracji reintegracji” i stwarza przestrzeń dla praktykowania *case management* (zarządzanie przypadkiem).

Realne usamodzielnienie beneficjentów nie jest możliwe bez współpracy różnych instytucji. Ze względów formalnych (np. określony ustawowo okres pobytu w CIS-ach), organizacyjnych i finansowych proces ten zazwyczaj nie jest możliwy w ramach pobytu beneficjenta w jednej

placówce. Gdy wsparcie długookresowe jest zaś możliwe (np. bezterminowe zatrudnienie osoby niepełnosprawnej w ZAZ-ie), zazwyczaj uruchamiają się mechanizmy ochrony pewnego status quo, hamujące dalsze postępy reintegracyjne (rehabilitacyjne).

Sytuacja drożności systemu aktywizacji sprzyja praktykowaniu *case management* zarówno jako formy szeroko rozumianej pracy socjalnej, jak i administracyjnej współpracy międzyinstytucjonalnej. *Case management* to „zintegrowana” i zarazem „zindywidualizowana” praca socjalna (a także procedura *quasi*-administracyjna) prowadzona przez *case managera* we współpracy z różnymi instytucjami wsparcia, a mająca na celu udzielenie kompleksowych usług aktywizujących, których efektem jest trwałe usamodzielnienie ekonomiczne i życiowe beneficjentów. *Case management* obejmuje „przejmowanie” beneficjentów wraz z możliwie pełną dokumentacją diagnostyczną i informacją o udzielonym wcześniej wsparciu, osiągniętych postępach w reintegracji (rehabilitacji – np. arkusz indywidualnej karty klienta, notatki z cyklicznych spotkań zespołów specjalistów oceniających postępy w aktywizacji itp.). Usprawnia on i przyspiesza przebieg tego procesu (rezygnacja z dublowania procedur itp.), stwarzając optymalne ścieżki „pięcia się wzwyż” na drodze do usamodzielnienia. Beneficjent, zmieniając wraz z podmiotem wspierającym swój formalny status (np. z uczestnika zajęć WTZ na pracownika ZAZ-u) otrzymuje konkretne wzmocnienia, a „wędrówka” przez instytucje nie zamienia się w błędne koło (np. z OPS do PUP, z PUP do OPS), ale jest ukierunkowana, jeśli to tylko możliwe, w stronę ORP.

Najważniejsze znaczenie ma tu udrożnienie przepływu beneficjentów na kierunkach: WTZ – ZAZ, OPS – KIS, OPS – CIS, CIS – PUP, ZAZ – ORP (przy pośredniczącej funkcji PUP). W ramach współpracy międzyinstytucjonalnej warto jednak uwzględnić i inne podmioty, jak szkoły, świetlice czy samych pracodawców z ORP i ChRP. Zawiązane relacje mogą skutkować pozyskiwaniem kompetentnych osób, którym można zlecać działania na rzecz beneficjentów, mogą służyć pozyskiwaniu zleceń czy miejsc odbywania staży zawodowych, mogą umożliwiać wspieranie się infrastrukturą innych podmiotów. Te podmioty aktywizujące odnoszą sukcesy, które potrafią rozwijać formalne i nieformalne (bazujące na znajomościach kadry) relacje międzyinstytucjonalne. *Case management* wymaga jednak *case managerów*, o czym powinny pamiętać osoby zarządzające CIS-ami, ZAZ-ami, KIS-ami.

Miarą skutecznej pomocy jest doprowadzenie osoby potrzebującej do „postępu” w zakresie własnej aktywności i złożoności podejmowanych obowiązków. Taka sytuacja ma miejsce, jeśli długookresowy klient systemu pomocy społecznej podejmuje aktywność w CIS czy KIS.

Case management jest obecnie praktykowany w Polsce jedynie śladowo. Warto mieć na uwadze, że brak drożności między instytucjami często wynika z niedostatecznej oferty usługowej podmiotów „wyższego rzędu” na drodze beneficjentów do usamodzielnienia. Przykładowo, brak rozwiniętej oferty usług rehabilitacji społecznej (uznawanej przez potencjalnych nowych pracowników za niezbędną) w ZAZ-ach jest barierą w przechodzeniu z WTZ-ów do ZAZ-ów. *Case trenerów* pracy i nieznajomość procedur zatrudnienia wspieranego (nie mylić z zatrudnieniem subsydiowanym) na ORP utrudnia zaś przechodzenie z ZAZ-u na ORP.

Warto na koniec zaznaczyć, że współpraca CIS-ów, KIS-ów, ZAZ-ów z innymi partnerami zwiększa szanse nie tylko na usamodzielnienie ekonomiczne beneficjentów wsparcia na zasadzie drogi przez kolejne instytucje w kierunku otwartego rynku pracy. Przepływy klientów między placówkami zwiększają także liczbę osób objętych wsparciem aktywizującym. Jest to ważny argument za upowszechnianiem *case management* z perspektywy racjonalizacji na poziomie polityki społecznej państwa.

STANDARD NR 11.

KOMUNIKACJA I OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH W PRAKTYCE REINTEGRACYJNEJ (REHABILITACYJNEJ)

Przepływ „danych wrażliwych” o beneficencie w ramach formuły *case management* powinien przebiegać w pierwszej kolejności między specjalistami danej profesji pomocowej z różnych instytucji.

Przekazywanie danych w innym trybie powinno być uzależnione od zgody klienta i być objęte zasadą poufności. Jednocześnie zgoda klienta powinna wyłączać obostrzenia formalnoprawne w zakresie przekazywania danych między instytucjami.

Przepływ informacji wewnątrz zespołu danego podmiotu jest dopuszczalny przy zachowaniu zasad deontologicznych konkretnych profesji pomocowych co do ochrony danych wrażliwych.

Przeptyw informacji wewnątrz zespołu specjalistów danej placówki powinien być praktykowany przy zachowaniu zasad deontologicznych konkretnych profesji pomocowych co do ochrony danych wrażliwych pozyskanych od beneficjentów.

Z kolei przepływ „danych wrażliwych” o beneficencie w ramach formuły *case management* powinien przebiegać przede wszystkim i w pierwszej kolejności między specjalistami danej profesji pomocowej (pracownik socjalny z WTZ-ów przekazuje informacje pracownikowi socjalnemu z ZAZ-u, psycholog z OPS-u – psychologowi z CIS-u, doradca zawodowy CIS-u – doradcy zawodowemu PUP-u itd.). Przekazywanie danych w innym trybie jest możliwe (i wskazane), ale powinno być uzależnione – zgodnie z etyką pracy socjalnej, której formą jest profesjonalny

case management – od zgody beneficjenta i objęte bezwzględnie zasadą poufności. Jednocześnie zgoda klienta powinna co do zasady wyłączać obostrzenia formalnoprawne w zakresie przekazywania danych o nim między instytucjami. Zgodnie z zasadą *empowerment* – to beneficjent jest bowiem kluczowym dysponentem danych zgromadzonych na jego temat w procesie udzielania mu wsparcia. Ponadto ochrona danych osobowych nie może pozostawać w sprzeczności z interesem osoby chronionej.

Przepływ informacji między instytucjami jest obecnie zarówno niewystarczająco drożny, jak i niewystarczająco „ucywilizowany”. Można wskazać trzy wymiary oczekiwań w tym względzie. Po pierwsze, niezbędne jest niwelowanie instytucjonalnych „dominacji” jednych podmiotów nad innymi (formalnej i nieformalnej) jako dysfunkcyjnej dla praktyki reintegracji (rehabilitacji). Monitoring funkcjonowania podmiotów aktywizujących wykazał częste praktyki takiej instytucjonalnej dominacji. Przykładem jest tu konieczność wydawania opinii przez pracownika socjalnego z OPS-u, traktowana jako konieczny warunek przyjęcia klienta do CIS (także gdy klient ten nie jest klientem OPS). Taka reguła formalna rodzi wrażenie instytucjonalnej podległości CIS i jego kadr względem OPS, co nie sprzyja zintegrowanej partnerskiej współpracy międzyinstytucjonalnej na rzecz konkretnych beneficjentów.

Po drugie, kluczowe jest niwelowanie „wsobności” instytucji, chroniących, bynajmniej nie w interesie beneficjenta, danych o przebiegu i warunkach wsparcia. Przykładem tego jest brak dostępu czy bardzo ograniczony dostęp kadr KIS-u czy CIS-u do treści kontraktu socjalnego danego klienta, który jest podstawą skierowania go do KIS-u czy CIS-u. Dodajmy, że w swej obecnej formule kontrakt socjalny jest (niestety) narzędziem administracyjnym, a nie formą pracy socjalnej z klientem i jako taki nie jest objęty zasadą poufności wynikającą z etyki pracy socjalnej.

Po trzecie, ważne jest uwzględnianie zdania i woli beneficjenta przy podejmowaniu decyzji o przepływie informacji o nim pomiędzy instytucjami. Zaangażowanie klienta CIS, KIS czy pracownika ZAZ w proces podejmowania decyzji dotyczących zakresu oferowanych mu usług (np. co do wejścia w środowisko rodzinne pracownika socjalnego z podmiotu aktywizującego), ale i w ramach dostępu do dokumentacji jego dotyczącej a gromadzonej przez różne podmioty, to element jego życiowego usamodzielnienia, oznaczającego odzyskiwanie kontroli nad własnym życiem i poczucia tej kontroli. Decydowanie za beneficjenta (nieważne czy obostrzające przepływy informacji, czy liberalizujące) jest niezgodne z zasadą *empowerment* (oznaczającej podmiotowe traktowanie klienta), leżącej u podstaw aksjologii reintegracji.

STANDARD NR 12.

ŁĄCZENIE REKRUTACJI Z DIAGNOZĄ

Należy wykorzystywać rekrutację jako etap/element diagnozy dysfunkcji i ograniczeń oraz predyspozycji i umiejętności osób aktywizowanych.

Warto też wykorzystywać narzędzia diagnozy psychologicznej w samym procesie rekrutacji, m.in. dla oceny poziomu motywacji potencjalnego adresata wsparcia aktywizującego do zmiany swej sytuacji życiowej.

Dobry sposób sprawdzania motywacji to rozdzielanie – w rozsądnych ramach czasowych – spotkań i rozmów z psychologiem, pracownikiem socjalnym, doradcą zawodowym.

Ujmując rzecz najkrócej, rekrutacja to procedura stwarzająca warunki do wstępnej diagnozy potencjalnych beneficjentów wsparcia, a diagnoza to podstawa prawidłowej selekcji tych beneficjentów.

Proces rekrutacji beneficjentów powinien zostać wykorzystany nie tylko do selekcji kandydatów, ale i pierwszej diagnozie zarówno ich dysfunkcji i ograniczeń, jak i predyspozycji i umiejętności. Proces rekrutacji to pierwsza sposobność, aby dokonać bazowego rozpoznania przyczyn niesamodzielności życiowej i ekonomicznej, które powodują, że konkretna osoba wymaga wsparcia. Diagnoza dokonywana przez psychologa, pracownika socjalnego czy doradcę zawodowego stanowi jednocześnie podstawę prawidłowej selekcji beneficjentów, biorącej pod uwagę zarówno motywacje samych zainteresowanych, jak i możliwość udzielenia skutecznego wsparcia przez usługodawcę.

Im wstępna diagnoza bardziej wielowymiarowa, tym trafność oferty większa. Dlatego w rozmowach rekrutacyjnych powinna uczestniczyć cała triada specjalistów w zakresie pomocy (*helping professions*): psycholog, pracownik socjalny, doradca zawodowy, a także kierownik placówki. Warto także dążyć do zaangażowania w proces rekrutacji lekarza. Często bowiem do CIS-ów/KIS-ów/ZAZ-ów zgłaszają się osoby, których stan zdrowia uniemożliwia systematyczne korzystanie z oferty podmiotu lub wręcz uniemożliwia podjęcie aktywności zawodowej.

Szansę na rozpoznanie motywacji własnej klienta stwarza rozłożenie w czasie spotkań/rozmów z kolejnymi specjalistami z placówki (kilka etapów rekrutacji w postaci kolejnych spotkań z psychologiem, pracownikiem socjalnym, doradcą zawodowym czy przedstawicielem kierownictwa). To pierwszy test systematyczności, na ile dana osoba jest zdecydowana do podjęcia współpracy.

Jednocześnie procedura rekrutacyjna sama w sobie nie powinna stanowić przeszkody w ubieganiu się o wsparcie (a tak może być, gdy osoba aplikująca miałaby kilkakrotnie przyjeżdżać z innej miejscowości na kolejne rozmowy). Optymalnym wydaje się rozłożenie kilku rozmów w ciągu jednego dnia. Zaznaczmy, że niezależnie od sposobu organizacji rekrutacji decydujący głos co do przyjęcia osoby powinien pozostawać w ręku kierującego podmiotem, który ponosi odpowiedzialność za przebieg procesu reintegracyjnego (rehabilitacyjnego).

STANDARD NR 13.

KOMPLEKSOWA I AKTUALIZOWANA DIAGNOZA SYTUACJI BENEFICJENTÓW

Kompleksowa analiza zasobów, doświadczeń i predyspozycji oraz ograniczeń i deficytów osób reintegrowanych jako jednostek, wraz z rozpoznaniem środowiska życia.

Potrzebna czytelna procedura monitoringu postępów reintegracji (harmonogram, narzędzia).

Warto upowszechniać arkusz diagnozy/oceny osoby reintegrowanej (co koresponduje z *case managementem*).

W podmiotach aktywizujących powinna być dokonywana zarówno kompleksowa analiza predyspozycji/doświadczeń i ograniczeń zawodowych klientów, jak i ich zasobów oraz deficytów o charakterze społecznym wraz z rozpoznaniem środowiska ich życia (za zgodą lub na wniosek zainteresowanych). Zarówno diagnoza wpisana w proces rekrutacji („na wejściu”), jak i okresowa (formalna oraz nieformalna, polegająca na obserwacji beneficjentów podczas zajęć lub pracy) powinny obejmować obie sfery integracji: społeczną i zawodową oraz szacować dokonujące się postępy. Warto opracować wewnętrzny system stałej diagnozy beneficjentów wraz z procedurą bieżącej wymiany informacji o nich między przedstawicielami kadry specjalistów. Kluczowe znaczenie mają tu cykliczne spotkania zespołu (**por. standard nr 1**).

W CIS-ach i KIS-ach, w których pobyt beneficjentów z założenia ma charakter okresowy, ważna jest także kompleksowa diagnoza końcowa – wnioski z niej płynące powinny uwzględniać

spostrzeżenia, na ile zaoferowane wsparcie wobec zdiagnozowanych problemów klientów na „wejściu” do placówki wywołały oczekiwane zmiany do uchwycenia na zakończenie edycji programu reintegracyjnego. Dane na ten temat powinny być przekazywane w ramach procedur *case management* (**standard nr 10**) z uwzględnieniem interesu i woli samych beneficjentów (**standard nr 11**).

STANDARD NR 14. OPRACOWYWANIE INDYWIDUALNYCH PLANÓW INTEGRACYJNYCH

Kluczowy element indywidualizacji usług aktywizujących to w Polsce opracowywanie indywidualnych planów reintegracyjnych (rehabilitacyjnych) dla konkretnych beneficjentów. Są to:

- w CIS – indywidualne plany zatrudnienia socjalnego,
- w KIS – indywidualne plany rozwoju.
- w ZAZ – indywidualne plany rehabilitacji.

Plany te powinny być okresowo aktualizowane i wykorzystywane jako narzędzia oceny postępów reintegracyjnych (rehabilitacyjnych).

Ważnym założeniem współczesnych usług aktywizujących jest indywidualizacja wsparcia, określana jako zasada *taylor-made services* (usługi „szyte na miarę”). W Polsce podejście to urzeczywistniane jest przez indywidualne plany integracyjne (rehabilitacyjne). Aktualnie w ZAZ-ach opracowywane są indywidualne plany rehabilitacji, w CIS-ach indywidualne plany zatrudnienia socjalnego, a w KIS-ach indywidualne plany rozwoju. Plany powinny uwzględniać z jednej strony potrzeby, problemy, deficyty, preferencje, wiek, płeć, umiejętności, schorzenia beneficjentów, z drugiej możliwości (zawsze ograniczone) usługodawców.

Obecnie część podmiotów przygotowuje plany w sposób rutynowy, bardziej jako element obowiązującej procedury administracyjnej w pracy z beneficjentami niż realnej diagnozy i planowania usługi. W takich sytuacjach wnioski z diagnozy konkretnego klienta czy analiza jego

postępów reintegracyjnych (rehabilitacyjnych) nie przekładają się na kształt oferty wsparcia, plan sżyty jest na miarę, ale miarą jest tu oferta podażowa usługodawcy, a nie popyt po stronie beneficjenta.

Indywidualne plany powinny podlegać okresowej aktualizacji, bazującej na stosowanych narzędziach oceny postępów reintegracyjnych, a dokonywane zmiany powinny być uzasadniane w samym planie i być uzgodnione z beneficjentem. W ZAZ optymalizacji zapisów indywidualnego planu służy okres próbny zatrudnienia (np. do 3 miesięcy). Taka perspektywa czasowa umożliwia rozpoznanie niepełnosprawnego pracownika podczas przyuczenia i wykonywania obowiązków zawodowych, a następnie właściwy (optymalny) dobór instrumentów wsparcia oraz wybór pracowni zawodowej dostosowanej do jego kompetencji i ograniczeń. W konstrukcji indywidualnego planu wartościowe jest bazowanie na wiedzy pochodzącej także z diagnozy środowiskowej klienta, przygotowywanej przez pracownika socjalnego. Plan indywidualny, ale w pewien sposób „osadzony” środowiskowo stwarza większe szanse udanej reintegracji (rehabilitacji). Postępy indywidualne są bowiem zazwyczaj sprzężone z poprawą społecznego funkcjonowania jednostki.

Weryfikację trafności zastosowanego indywidualnego planu umożliwia analiza losów „absolwentów”, będąca formą ewaluacji *ex post* (dotyczy zwłaszcza CIS i KIS). Dlatego też poszczególne podmioty aktywizujące powinny w miarę możliwości gromadzić informacje o losach swych beneficjentów po zakończeniu wsparcia, po uzyskaniu zgody samych beneficjentów. Wnioski płynące z zebranych informacji o tym, jak radzą sobie w życiu społecznym i zawodowym byli odbiorcy usług aktywizujących, powinny stanowić przedmiot dyskusji w gronie kadry pomocowej i skutkować rewizją (lub ugruntowaniem) dotychczasowej oferty usług. Warto zauważyć, że gromadzeniu informacji o „absolwentach” sprzyja praktyka *case management* (**por. standard nr 10**).

STANDARD NR 15.

INWESTOWANIE W UMIEJĘTNOŚCI KOMUNIKACYJNE ADRESATÓW WSPARCIA

Umiejętności komunikacyjne to warunek podnoszenia wielu innych kompetencji, dlatego ich rozwijanie to kluczowy element reintegracji (rehabilitacji) społecznej.

Rozwój umiejętności komunikacyjnych powinien być ważnym elementem programów reintegracyjnych (rehabilitacyjnych), zwłaszcza w ich początkowej fazie.

aby móc skutecznie zmieniać swoje życie, na początek należy nauczyć się sprawnie komunikować z otoczeniem. Jednym z kluczowych zadań w procesie reintegracji (rehabilitacji) społecznej jest podniesienie umiejętności komunikacyjnych osób marginalizowanych, przynajmniej do poziomu umożliwiającego odgrywanie podstawowych ról społecznych i nabywanie nowych kompetencji, tak społecznych, jak i zawodowych. Rozwijanie podstawowych kompetencji interakcyjnych powinno więc być ważnym elementem oferty reintegracyjnej (rehabilitacyjnej), szczególnie we wstępnej fazie jej realizacji. Waga tego postulatu jest wprost proporcjonalna do stopnia marginalizacji społecznej beneficjentów.

Do zdobycia i rozwinięcia jest na tyle wiele umiejętności komunikacyjnych (wypowiadanie się w grupie, wypowiadanie się na forum publicznym, artykułowanie potrzeb, opisywanie emocji, nazywanie doświadczanych problemów, komunikowanie się w rodzinie, w urzędach, rozmowa z pracodawcą i komunikacja w zespole pracowniczym w relacjach hierarchicznych i partnerskich itp.), że umiejętności te można ćwiczyć przez cały okres procesu reintegracji (rehabilitacji) społecznej. Trening umiejętności komunikacyjnych można tym samym uznać za stały element oferty reintegracyjnej (rehabilitacyjnej) CIS-ów, KIS-ów, ZAZ-ów.

STANDARD NR 16.

Staże na OTWARTYM RYNKU PRACY I PRACE SPOŁECZNIE UŻYTECZNE

Staże zawodowe na otwartym rynku pracy są cennym rozwinięciem praktyki zawodowej organizowanej przez podmioty aktywizujące w warunkach chronionych.

Staże stwarzają szanse drożności między szkoleniem a zatrudnieniem (CIS), zatrudnieniem na chronionym i otwartym rynku pracy (ZAZ). Podobne funkcje co staże pełnią w ofercie KIS prace społecznie użyteczne.

Własne kontakty usługodawców z przedsiębiorcami z ORP są istotną wartością dodaną oferty reintegracyjnej, gdyż oferty pracy zapośredniczone przez PUP-y są niewystarczające względem potrzeb i często niedostosowane do realnych możliwości beneficjentów usług reintegracyjnych (rehabilitacyjnych) CIS-ów, KIS-ów, ZAZ-ów.

Staże zawodowe na otwartym rynku pracy stwarzają beneficjentom usług reintegracyjnych (rehabilitacyjnych) szansę na wykorzystanie, przetestowanie i rozwinięcie kompetencji nabytych w trakcie szkoleń zawodowych i w ramach pracy organizowanej przez podmioty aktywizujące i wykonywanej w warunkach (bardziej lub mniej) chronionych. Staże są więc rozwiązaniem pomostowym pomiędzy szkoleniami zawodowymi a zatrudnieniem (CIS) oraz zatrudnieniem na ChRP i ORP (ZAZ).

Organizacja stażów dla beneficjentów usług aktywizujących jest stosunkowo trudna i uciążliwa ze względu na obowiązujące przepisy prawne w zakresie ubezpieczenia i odpowiedzialności za skutki zdarzeń losowych; pojawiają się też problemy natury ekonomicznej. Dotyczy to zwłaszcza ZAZ-ów, gdzie osoby rehabilitowane mają status pracowników.

Organizację staży ułatwiają własne kontakty podmiotów aktywizujących z pracodawcami ORP bez pośrednictwa PUP-ów. Usługi PUP-ów w zakresie pośrednictwa pracy są niewystarczające i często niedostosowane do ograniczeń osób reintegrowanych (rehabilitowanych). „Własne” staże umożliwiają ponadto kontrolowanie ich przebiegu przez wyznaczonych specjalistów i mogą przy dobrej ich organizacji przekształcać się w zatrudnienie wspierane (nie mylić z zatrudnieniem subsydiowanym). Umożliwia to bieżące korekty przebiegu staży i ogranicza to ryzyko „przegranych” staży (doradztwo, pomoc w rozwiązywaniu konfliktów itp.), gdy niesprostanie wymogom pracodawcy obniża samoocenę i niweczy efekty programu reintegracyjnego (rehabilitacyjnego). Akompaniowanie stażystom czy choćby monitorowanie przebiegu staży oraz bezpośrednie kontakty przedstawicieli kadry specjalistów z pracodawcami zapobiegają też upowszechnianiu negatywnych stereotypów o osobach reintegrowanych (rehabilitowanych). Dlatego warto spośród kadry podmiotu organizującego staże wyznaczyć specjalistę odpowiedzialnego za monitorowanie staży i kontakty z pracodawcami z ORP.

Dużą wartość w procesie aktywizacji zawodowej mają prace społecznie użyteczne (nie należy ich mylić z wolontariatem, gdyż ich wykonywanie wiąże się z otrzymywaniem niewielkiego wynagrodzenia). Prace społecznie użyteczne są głównym instrumentem aktywizacji zawodowej prowadzonej w KIS-ach, gdzie wieńczą one szkolenia zawodowe (choć oferowane są, ze względu na ograniczoność oferty, jedynie niektórym uczestnikom zajęć); w mniejszym zakresie są wykorzystywane przez CIS-y. Dla części klientów CIS-ów możliwość podjęcia prac społecznie użytecznych jest swoistą nagrodą za zaangażowanie włożone w proces reintegracji.

Jednocześnie nie brakuje, zwłaszcza wśród kadry specjalistów CIS-ów, głosów krytycznych wobec prac społecznie użytecznych. Krytycy uznają je za ofertę minimalistyczną, a gdy na lokalnym rynku jest możliwość podjęcia pracy zarobkowej w „normalnym” trybie, za wręcz ofertę społecznie szkodliwą, sprzeczną z misją centrów. ZAZ-y zatrudniają osoby niepełnosprawne; w ich przypadku oferowanie prac społecznie użytecznych byłoby krokiem w tył na drodze integracji z rynkiem pracy; dlatego w ogóle nie stosuje się tej formy aktywizacji zawodowej.

Dlatego wydaje się, że prace społecznie użyteczne należy stosować jako rozwiązanie uzupełniające oferowane osobom, którym z różnych względów nie można zaoferować pracy w trybie „kodeksowym”.

STANDARD NR 17. SYSTEMY MOTYWACYJNE

Motywowanie jest ważnym narzędziem i zarazem celem usług reintegracyjnych (rehabilitacyjnych).

System odpowiednich do postępów integracyjnych nagród to istotne narzędzie wzmacniania motywacji. Sankcje za łamanie obowiązujących w podmiotach aktywizujących „reguł gry” są niezbędne dla funkcjonowania tych podmiotów i przebiegu zajęć aktywizujących, zwłaszcza o charakterze grupowym, ale nie one decydują o sukcesie inkluzji. Potrzebny jest także system motywacyjny dla kadry, ukierunkowany na stałe podnoszenie kompetencji.

Odpowiednia motywacja beneficjentów to klucz do ich reintegracji (rehabilitacji), tak społecznej, jak i zawodowej. Brak motywacji jest zaś często najważniejszym – obok braku poczucia kontroli nad własnym życiem i sprawstwa – deficytem osób marginalizowanych. Wzmacnianie (pozytywnej) motywacji jest więc ważnym celem i zarazem narzędziem aktywizacji.

W grupie osób przechodzących proces reintegracji (rehabilitacji) warto przez odpowiednie nagrody dodatkowo motywować beneficjentów pozytywnie wyróżniających się lub robiących największe postępy. Stosowane nagrody to: premie integracyjne (20% wysokości świadczenia integracyjnego w CIS-ach) za wykonywanie zadań wykraczających poza indywidualne prace zatrudnienia socjalnego, za samodzielne poszukiwanie pracy, za współudział w organizacji zajęć kulturalnych, za stuprocentową frekwencję na zajęciach. Nagrodą dla uczestników może

być także możliwość korzystania po zakończeniu zajęć w celach prywatnych z pracowni komputerowej czy pracowni zawodowej. Motywację do sumiennego uczestnictwa w pełnym wymiarze godzinowym może wywoływać takie zaplanowanie zajęć, żeby główny posiłek kończył dzień pracy. Warto opracować czytelny regulamin przyznawania premii, bonusów. W KIS-ach takim bonusem może być możliwość udziału w pracach społecznie użytecznych. W ZAZ-ach jest to „klasyczna” podwyżka lub nagroda.

Sankcje (ze skreśleniem z listy uczestników programu CIS-ów i KIS-ów oraz zwolnieniem – z ZAZ-ami włącznie) są niezbędnym elementem organizacji procesu reintegracji (rehabilitacji) społecznej i zawodowej, zwłaszcza zaś zajęć prowadzonych w formie grupowej, ale to nie ich stosowanie decyduje o sukcesie integracyjnym.

Warto też motywować kadry specjalistów do stałego podnoszenia umiejętności zawodowych. Przykładowe „motywatory” to: finansowe premie kwartalne (stosowane w CIS-ach, których organem prowadzącym są jednostki samorządowe; podwyżki wynagrodzeń – trudno dostępne ze względów na ograniczenia finansowe podmiotów, stosowane stosunkowo najczęściej w ZAZ-ach), ale także formy miękkie, takie jak składanie gratulacji i podziękowań pracownikom przez władze samorządowe w trakcie oficjalnych uroczystości. Formą grupowej nagrody są też wyjazdy integracyjne dla kadry.

STANDARD NR 18. Nie zapominać o promocji

Lokalne zakorzenienie jest podstawą stabilizacji sytuacji podmiotu aktywizującego. Zakorzenienie to nie jest możliwe bez działań promocyjnych.

Promocja powinna obejmować promowanie instytucji, oferowanych usług i konkretnych programów (projektów, przedsięwzięć).

Komunikaty powinny być proste, czytelne, jednoznaczne w interpretacji.

Podmioty aktywizujące muszą być obecne i rozpoznawalne w przestrzeni lokalnej. Dlatego też niezbędna jest promocja oferty adresowanej do beneficjentów oraz promocja samych usługodawców. Dotyczy ona zwłaszcza CIS-ów i KIS-ów, gdyż ZAZ-y nie mają generalnie wolnych miejsc pracy, za to kolejki chętnych do podjęcia zatrudnienia (duża przewaga popytu nad podażą). Promocja obejmuje: organizowanie spotkań informacyjnych o ofercie reintegracyjnej (rehabilitacyjnej) i targów pracy, otwieranie punktów kontaktowych (praktyka KIS-ów), kampanie reklamowe (lokalna, prasa, radio, telewizja – praktyka CIS-ów), wizyty w zakładach karnych, przysyłanie oferty do organizacji pozarządowych, wystawianie stoisk informacyjnych w trakcie imprez lokalnych (festynów). Wskazane przykłady (faktycznie stosowanych) działań promocyjnych upowszechniają w społecznościach lokalnych wiedzę o ofercie podmiotów aktywizujących i jednocześnie ugruntowują pozycję tych podmiotów w lokalnym systemie pomocy społecznej i lokalnego rynku pracy (jako okazje do komunikowania własnych planów i dokonań). Jest to o tyle istotne, że podmioty dla ustabilizowania swej sytuacji muszą uzyskać status pełnoprawnych partnerów władz lokalnych.

Warto w tym zakresie korzystać z technik marketingowych, a zwłaszcza (ze względu na niekomercyjny charakter świadczonych usług) z narzędzi marketingu społecznego. Wymienić tu można: rozpoznanie otoczenia (ryнку usług reintegracyjnych, rynku pracy, lokalnych struktur trzeciego sektora), zdefiniowanie realnych i potencjalnych interesariuszy itp. Komunikaty adresowane do potencjalnych beneficjentów bezpośrednich (osób integrowanych) powinny być czytelne: sformułowane możliwie prosto i jednoznacznie w interpretacji.

część III

STANDARDY CENTRÓW INTEGRACJI SPOŁECZNEJ

ARKADIUSZ KARWACKI I MAREK RYMSZA
WE WSPÓŁPRACY Z EKSPERTAMI:
AGNIESZKA KARDASZ,
ELŻBIETA KIERNOSZEK
I JUSTYNĄ ROZBICKĄ-STANISŁAWSKĄ

CZĘŚĆ III

STANDARDY

CENTRÓW INTEGRACJI SPOŁECZNEJ

*Arkadiusz Karwacki i Marek Rymśa we współpracy z ekspertami:
Agnieszką Kardasz, Elżbietą Kiernożek i Justyną Rozbicką-Stanisławską*

Wprowadzenie	55
Standard nr 1. Indywidualizacja podejścia i wsparcie adresowane do różnych typów klientów	57
Standard nr 2. CIS jako instytucja szybkiego reagowania	59
Standard nr 3. Wspieranie karier edukacyjnych klientów	60
Standard nr 4. Okres próbny uczestnictwa w zajęciach reintegracyjnych	61
Standard nr 5. Systematyczne spotkania kadry i rozwiązywanie bieżących problemów	62
Standard nr 6. Promocja uczestników zajęć i absolwentów na otwartym rynku pracy	63
Standard nr 7. Łączenie doradztwa zawodowego z doradztwem rodzinnym	66

Centrum integracji społecznej (CIS) – to jednostka organizacyjna utworzona przez jednostkę samorządu terytorialnego lub organizację pozarządową, realizująca reintegrację zawodową i społeczną poprzez prowadzenie dla osób zagrożonych wykluczeniem społecznym programów edukacyjnych, obejmujących m.in. nabywanie umiejętności zawodowych, przekwalifikowanie lub podwyższanie kwalifikacji zawodowych oraz nabywanie innych umiejętności niezbędnych do codziennego życia.

Centrum nie jest samodzielnym podmiotem prawnym, nie ma własnej osobowości prawnej. W grupie beneficjentów CIS są te same grupy osób, które mogą założyć spółdzielnię socjalną. Uczestnictwo w CIS trwa do 12 miesięcy (w uzasadnionych przypadkach dyrektor CIS-u może przedłużyć czas uczestnictwa o kolejne 6 miesięcy). W tym czasie uczestników obejmuje tzw. zatrudnienie socjalne, którego podstawą jest Indywidualny Program Zatrudnienia Socjalnego. Program określa zasady uczestnictwa w Centrum, obowiązki uczestnika oraz CIS, formy i zakres reintegracji zawodowej i społecznej, wreszcie osoby odpowiedzialne za realizację programu świadczenia usług.

Centra integracji społecznej łączą usługi z zakresu reintegracji społecznej z usługami z zakresu reintegracji zawodowej. Są to placówki wsparcia niejako zawieszane w połowie drogi między instytucjami systemu pomocy społecznej a agencjami rynku pracy. W CIS-ach standardem jest już współpraca pracowników socjalnych z doradcami zawodowymi.

Roczny program reintegracyjny stwarza możliwości, aby podjąć działania bardziej długofalowe i centra próbują to robić. W praktyce zajęcia w pierwszym etapie koncentrują się bardziej na reintegracji społecznej, a w drugim na reintegracji zawodowej, przy czym w zakresie

PODSTAWA PRAWNA:

*Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 roku
o zatrudnieniu socjalnym, Dz.U. 2003 Nr 122,
poz. 1143; Dz.U. 2004 Nr 69, poz. 624;
Dz.U. 2004 Nr 99, poz. 1001.*

Liczba w Polsce: ok. 70.



tej drugiej centra starają się współpracować z pracodawcami z otwartego rynku pracy, także bez pośrednictwa publicznych służb zatrudnienia.

Starając się uchwycić specyfikę zajęć CIS-ów, można powiedzieć, że reintegracja społeczna w nich dominuje, ale traktowana jest jako sposób odbudowywania zdolności zatrudnieniowej uczestników zajęć. Tym samym na efektywność świadczonych usług kadry centrów patrzą przez pryzmat losów swych absolwentów na rynku pracy. Jednak określenie aktywności centrów w kategoriach zatrudnienia socjalnego, jak uczynił to ustawodawca (Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 roku o zatrudnieniu socjalnym, Dz.U. 2003 Nr 122, poz. 1143) wydaje się dosyć niefortunna.

STANDARD NR 1. INDYWIDUALIZACJA PODEJŚCIA I WSPARCIE ADRESOWANE DO RÓŻNYCH KATEGORII KLIENTÓW

Podstawą w projektowaniu zindywidualizowanej ścieżki reintegracyjnej w CIS-ie jest diagnoza potrzeb oraz problemów życiowych i zawodowych klientów (por. standard ogólny nr 13). Warto, aby diagnoza, przeprowadzana przed podpisaniem Indywidualnego Planu Zatrudnienia Socjalnego (IPZS), uwzględniała nie tylko mocne i słabe strony klienta, ale i wcześniejszą z nim pracę (jeśli taka miała miejsce), z uwzględnieniem długości okresu korzystania przez niego ze świadczeń/usług systemu pomocy społecznej (z podziałem na wsparcie długo- i krótkookresowe). Zgodnie z założeniami *case management* (por. standard ogólny nr 10) „historia pomocy” powinna ukierunkowywać wsparcie na etapie CIS-u.

Klienci, którzy przez dłuższy czas korzystali ze wsparcia systemu pomocy społecznej, a co jednak nie doprowadziło ich do życiowego usamodzielnienia się, zazwyczaj potrzebują kompleksowych usług wzmacniających, obejmujących np. terapię uzależnień, trening komunikacji, trening pracy, szkolenia w zakresie higieny osobistej, szkolenia podwyższające kwalifikacje. Podejście do nich można określić jako **strategię pogłębionej reintegracji społecznej z elementami reintegracji zawodowej**. Z kolei klienci „niezakorzenieni” w systemie pomocy społecznej potrzebują zazwyczaj przede wszystkim intensywnych konsultacji indywidualnych z doradcą zawodowym, uczestnictwa w warsztatach zawodowych zewnętrznych oraz stażach i praktykach zawodowych, szkoleń podwyższających kwalifikacje w zakresie oczekiwanym przez konkretnych pracodawców. Strategię wsparcia adekwatną do sytuacji tej grupy uczestników zajęć reintegracyjnych można z grubsza określić jako **strategię zorientowaną na możliwie szybkie zatrudnienie** (*work first*). Cechą wspólną jednej i drugiej strategii jest łączenie (choć w różny sposób i w różnych proporcjach) reintegracji społecznej z reintegracją zawodową.

Projektując IPZS warto uwzględnić także inne kryteria różnicujące sytuację klientów. I tak, długookresowe bezrobocie obniża samoocenę i rodzi potrzebę indywidualnego wsparcia psy-

chologicznego. Osoby niepełnosprawne powinny być kierowane do specjalistycznych poradni. Zdiagnozowane uzależnienie bezwzględnie wymaga terapii oraz stałego wspierania społecznego procesu „trzeźwienia”. Stwierdzenie „głębokiej” biedy w gospodarstwie domowym wymaga nawiązania kontaktu z Bankiem Żywności czy z OPS-em celem zorganizowania wsparcia w formie produktów żywnościowych, „talonów” na zakup żywności czy świadczeń pieniężnych.

W procesie reintegracji społecznej (ale także zawodowej) ważną rolę odgrywa sytuacja rodzinna klienta: czy posiada on własną rodzinę, czy i jak podejmuje role rodzinne, czy doświadcza samotności (przy czym doświadczenie samotności może być przeżywane także w rodzinie). Centrum integracji społecznej powinno stwarzać warunki sprzyjające nawiązywaniu więzi między uczestnikami zajęć (grupy samopomocowe, grupy wsparcia), a jednocześnie rozpoznawać, czy rodzina oferuje wsparcie w procesie inkluzji, czy też (np. przez nierozwiązane problemy) blokuje ten proces. W razie potrzeby warto podejmować działania środowiskowe ukierunkowane na rozwiązanie problemów klienta w domu i najbliższym otoczeniu, współpracując – na ile to możliwe – z OPS-em (gdzie powinna być świadczona usługa asystentury rodziny).

Warto pamiętać, że indywidualizacja wsparcia wiąże się z dodatkowymi nakładami (nie oszczędnościami), zarówno finansowymi (koszty specjalistycznych kursów, warsztatów i szkoleń oraz indywidualnego wsparcia psychologicznego), jak i czasowymi (czas specjalistów poświęcony konkretnemu uczestnikowi, gotowość modyfikacji programu wsparcia, uzgadnianie tych modyfikacji z zainteresowanym).

STANDARD NR 2.

CIS JAKO INSTYTUCJA SZYBKIEGO REAGOWANIA

Pracą z klientem na rzecz zmiany jego sytuacji społecznej i zawodowej wymaga czasu i konsekwencji. Personel CIS-u może jednak wymiernie wesprzeć kandydata na uczestnika programu reintegracji w tej placówce już przez działania podejmowane bezpośrednio po dokonanej diagnozie, tym samym łącząc długookresową (w wymiarze rocznego programu) kompleksową reintegrację z szybkim reagowaniem, w sposób „punktowy” na określone potrzeby i deficyty klienta.

Szybkie reagowanie powinno opierać się na współpracy CIS-u z innymi placówkami i obejmować w pierwszej kolejności sprawy socjalno-bytowe i administracyjne, takie jak: uzyskanie orzeczenia o niepełnosprawności, uzyskanie wsparcia z OPS-u (np. świadczenia rodzinne, dodatek mieszkaniowy czy refundacja zakupu leków), wsparcie dla ofiar przemocy, ustalenie prawa do renty, emerytury czy zasiłku dla bezrobotnych, ustalenie możliwości i warunków odzyskania opieki nad dziećmi skierowanymi do opieki zastępczej, „wyrobienie” niezbędnych dokumentów (dowód osobisty, incydentalnie meldunek) itp. Wsparcie w tym zakresie powinno być oferowane zgodnie z zasadą, że personel CIS-u pomaga (pomoc w wypełnianiu formularzy, podań, dyskretne pilotowanie wniosków), ale nie załatwia spraw urzędowych za daną osobę. Personel CIS-u ma za zadanie poinformować o możliwościach, a następnie motywować klientów do podjęcia działań. Porządkowanie spraw urzędowych i socjalno-bytowych należy traktować jako element procesu reintegracji, w ramach którego klient sam podejmuje odpowiedzialność i odyskuje kontrolę nad własnym życiem.

STANDARD NR 3.

WSPIERANIE KARIER EDUKACYJNYCH KLIENTÓW

Jednym z celów programu reintegracyjnego prowadzonego w CIS-ach jest usamodzielnienie ekonomiczne klienta, w tym wsparcie w zdobyciu przez niego zatrudnienia. Jednym ze skutecznych narzędzi jest edukacja. Centrum integracji społecznej powinno oferować zarówno kursy zawodowe, jak i motywować klientów do uzupełniania i podwyższania wykształcenia. Istotnym problemem jest tu brak możliwości kontynuacji kształcenia przez uczestników programów reintegracyjnych, którzy legitymują się ukończeniem jedynie pięciu klas szkoły podstawowej (reforma oświaty zablokowała im możliwość podwyższenia wykształcenia).

Centrum ma możliwości wsparcia uczestników w podwyższaniu wykształcenia. Repertuar wsparcia obejmuje: indywidualne konsultacje ze strony psychologa, doradcy zawodowego czy terapeuty, pomoc ze strony stażystów i wolontariuszy centrum w nauce, przygotowaniu do zaliczeń i egzaminów. CIS może też przyznać beneficjentom premię motywacyjną za podjęte starania w podwyższaniu wykształcenia, umożliwić odbywanie praktyk szkolnych i studenckich w centrum, a także starać się pozyskać środki (np. w ramach projektów EFS) na pokrycie kosztów studiów podyplomowych.

STANDARD NR 4. OKRES PRÓBNY UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH REINTEGRACYJNYCH

Okres próbny to głównie okres obserwacyjny, służący sprawdzeniu poziomu motywacji i zaangażowania uczestników do udziału w oferowanych w CIS zajęciach. **Okres ten powinien trwać około jednego miesiąca.** Podczas okresu próbnego klienci mogą uczestniczyć zarówno w zajęciach z zakresu reintegracji społecznej, jak i zawodowej, z tym że kluczowe znaczenie ma reintegracja społeczna. Ważny jest ich udział w zajęciach grupowych i warsztatach, gdyż ujawniają one umiejętności i dysfunkcje w zakresie społecznego funkcjonowania (punktualność, obowiązkowość, zdolność do podejmowania pracy w grupie). Okres próbny powinien również zostać wykorzystany do określania predyspozycji zawodowych uczestników; stąd warto umożliwić uczestnikom wzięcie udziału w zajęciach organizowanych w różnych warsztatach czy pracowniach. Okres próbny to wreszcie sprzyjający czas na uaktywnienie procesu integracji pomiędzy uczestnikami programu. Ważne jest, żeby stworzyć warunki do nawiązywania kontaktów i więzi oraz wymiany doświadczeń.

STANDARD NR 5.

SYSTEMATYCZNE SPOTKANIA KADRY I ROZWIĄZYWANIE BIEŻĄCYCH PROBLEMÓW

Skuteczna praktyka reintegracyjna wymaga stałej wymiany doświadczeń, spostrzeżeń przez personel CIS. Wspólne, systematyczne spotkania kadry to jednocześnie podstawa podejścia zindywidualizowanego, monitoringu i zespołowej analizy postępów reintegracyjnych poszczególnych klientów oraz oceny adekwatności świadczonych usług. Użytecznym wydaje się zorganizowanie pierwszego spotkania otwierającego program, a następnie organizowanie zebrań personelu w formule co tydzień (lub co dwa tygodnie) oraz kwartalnej.

W spotkaniu inauguracyjnym program reintegracyjny w CIS powinni wziąć udział wszyscy specjaliści oraz osoby odpowiedzialne za sprawy administracyjne placówki, a samo spotkanie służyć wstępnej charakterystyce uczestników zajęć i „przymiarce” do konstruowania IPZS-ów. Warto przygotować i rozdać uczestnikom spotkania formularze z danymi o klientach i miejscem na notatki.

Spotkania regularne kadry specjalistów warto wykorzystać dla systematycznego rozwiązywania bieżących problemów oraz planowania pracy grupowej i indywidualnej w kolejnych tygodniach. Omawiając postępy w zakresie reintegracji, można typować uczestników gotowych do podjęcia konkretnej praktyki zawodowej, zaplanować „szyte na miarę” szkolenia zawodowe, uzupełniające podstawową ofertę. Warto też dyskutować nad przebiegiem reintegracji tzw. trudnych klientów.

Spotkania kwartalne powinny służyć podsumowaniu rezultatów kolejnych etapów programu reintegracyjnego. Jest to też dobry moment do podjęcia decyzji o nagrodzeniu najbardziej zaangażowanych czy czyniących największe postępy klientów, ale także wyróżniających się członków personelu (**por. standard ogólny nr 17**). Spotkania kadry specjalistów mają także efekt superwizyjny, z zastrzeżeniem, że nie są w stanie zastąpić superwizji zewnętrznej (**por. standard ogólny nr 9**).

STANDARD NR 6. PROMOCJA UCZESTNIKÓW ZAJĘĆ I ABSOLWENTÓW NA OTWARTYM RYNKU PRACY

aby centrum integracji społecznej miało szansę na doprowadzenie do zatrudnienia uczestników programów reintegracyjnych na otwartym rynku pracy, niezbędne jest rozwijanie stałej współpracy z pracodawcami. Po warsztatach wewnętrznych organizowanych na terenie centrum warto organizować grupowe warsztaty oraz indywidualne praktyki na otwartym rynku pracy. Niezbędne jest stałe komunikowanie się z biznesem i szybkie reagowanie na pojawiające się „okazje”. Współpraca z sektorem biznesu daje CIS-owi możliwość uelastyczniania oferty i większego (niż dają to własne warsztaty) jej dostosowywania do indywidualnych predyspozycji zawodowych klientów, spełniając jednocześnie wymagania i oczekiwania pracodawców. Wymaga to jednoczesnego monitorowania przebiegu reintegracji uczestników zajęć i śledzenia zmian sytuacji na lokalnym rynku pracy.

Obowiązki współpracy z pracodawcami warto powierzyć konkretnemu pracownikowi CIS-u i ustanowić go koordynatorem (opiekunem) warsztatów zewnętrznych, staży i praktyk. Powinien on komunikować się bezpośrednio z samymi klientami i z pracodawcami, monitorować przebieg doświadczeń zawodowych klientów CIS-u na otwartym rynku pracy i reagować na pojawiające się problemy (dla obu stron). Dobrze zorganizowane warsztaty, staże i praktyki mogą być traktowane przez pracodawców jako wstępna selekcja i sprawdzenie umiejętności uczestników, co stwarza realną szansę otrzymania propozycji pracy przez niektórych z nich po zakończeniu zajęć w CIS-ie. Zadaniem koordynatora jest również współpraca z firmami szkoleniowymi, które świadczą usługi na otwartym rynku pracy. Firmy te mogą umożliwić klientom CIS-ów uzyskanie dokumentów uprawniających do wykonywania specjalistycznych zadań, takich jak np. obsługa niektórych maszyn i urządzeń. Chociaż promocja absolwentów zajęć w CIS powinna koncentrować się na otwartym rynku pracy, warto też nawiązać współpracę z oddziałami Polskiej Organizacji Pracodawców Osób Niepełnosprawnych (POPON), aby kończące zajęcia CIS osoby z orzeczoną stopniem niepełnosprawności mogły zapoznać się z ofertami pracy na chronionym rynku pracy.

STANDARD NR 7.

ŁĄCZENIE DORADZTWA ZAWODOWEGO Z DORADZTWEW RODZINNYM

Oczekiwane zmiany, jakie mają zachodzić u uczestników CIS-ów, wiążą się ze wzmocnieniem ich motywacji do poprawy własnej sytuacji i codziennego funkcjonowania w życiu społecznym i na rynku pracy. Cele te łatwiej jest uczestnikom zajęć osiągnąć, gdy otrzymają oni wsparcie w rozwiązaniu problemów doświadczanych (i przez nich samych współtworzonych) w środowisku rodzinnym. Pomoc w porządkowaniu życia rodzinnego jest, innymi słowy, istotnym elementem zarówno inkluzji społecznej, jak i odbudowywania zdolności zatrudnieniowej. Centrum integracji społecznej nie ma możliwości prowadzenia asystentury rodzinnej, może jednak prowadzić doradztwo i zajęcia edukacyjno-terapeutyczne ukierunkowane na rozwiązywanie problemów rodzinnych, przywracanie prawidłowej komunikacji w rodzinie, tworzenie więzi między jej członkami. Oddziaływanie na środowisko rodzinne dokonuje się także przez porządkowanie spraw socjalno-bytowych uczestnika zajęć (np. kwestie mieszkaniowe – **por. standard szczegółowy nr 2**). Możliwa jest także pomoc w załatwianiu spraw członków rodziny, np. orzeczenia o niepełnosprawności, terapię uzależnienia i współuzależnienia itp.; działania w tym zakresie stanowią element szeroko rozumianego wsparcia środowiskowego jako wsparcia uzupełniającego zajęcia grupowe i indywidualne organizowane w CIS.

część IV

STANDARDY SZCZEGÓŁOWE KLUBÓW INTEGRACJI SPOŁECZNEJ

ARKADIUSZ KARWACKI I MAREK RYMSZA
WE WSPÓŁPRACY Z EKSPERTAMI:
GRAŻYNĄ JOLANTĄ NIEDŹWIEDZKĄ-BIEŃ,
BARBARĄ ENDER
I WOJCIECHEM MAMETEM

CZEŚĆ IV

STANDARDY SZCZEGÓŁOWE KLUBÓW INTEGRACJI SPOŁECZNEJ

*Arkadiusz Karwacki i Marek Rymsza we współpracy z ekspertami:
Grażyną Jolantą Niedźwiedzką-Bień, Barbarą Ender i Wojciechem Mametem*

Wprowadzenie	69
Standard nr 1. Silna i stabilna własna kadra specjalistów	71
Standard nr 2. Rekrutacja uczestników zajęć nie tylko spośród klientów OPS-ów oraz „uspołecznienie” kontraktów i umów z klientami	73
Standard nr 3. Regulamin wewnętrzny uwzględniający zobowiązania KIS-u oraz zapisy dyscyplinujące uczestników zajęć	75
Standard nr 4. Organizacja grup wsparcia i animowanie grup samopomocowych	77
Standard nr 5. Uwzględnianie obiektywnych ograniczeń klientów i rozwiązania organizacyjne ułatwiające uczestnictwo w zajęciach	79
Standard nr 6. Prowadzenie kart usług doradczych dla każdego klienta	80
Standard nr 7. Ustanowienie koordynatora (opiekuna) prac społecznie użytecznych oraz staży i praktyk zawodowych	82
Standard nr 8. Koncentracja na zaspokajaniu rzeczywistych potrzeb uczestników zajęć reintegracyjnych – usługi „szyte na miarę”	83

Klub integracji społecznej (KIS) – to jednostka, której celem jest udzielenie pomocy osobom indywidualnym oraz ich rodzinom w odbudowywaniu i podtrzymywaniu umiejętności uczestnictwa w życiu społeczności lokalnej, w powrocie do pełnienia ról społecznych oraz w podniesieniu kwalifikacji zawodowych, i innych kompetencji potrzebnych na rynku pracy. Klub działa na rzecz integrowania się osób o podobnych trudnościach i problemach życiowych. To jednostka pomagająca samoorganizować się ludziom w grupy wsparcia, podejmować wspólne inicjatywy i przedsięwzięcia w zakresie aktywizacji zawodowej, w tym zmierzające do tworzenia własnych miejsc pracy. KIS może zostać powołany przez jednostkę samorządu terytorialnego lub organizację pozarządową.

Podstawowe formy działania realizowane w KIS-ach to: grupy samopomocowe, grupy wsparcia, grupy terapeutyczne, poradnictwo psychologiczne, szkolenia, doradztwo zawodowe, wolontariat, wymiana usług (barter), spółdzielnie socjalne, roboty publiczne, prace interwencyjne, staże.

Kluby integracji społecznej świadczą usługi reintegracyjne głównie klientom systemu publicznej pomocy społecznej. Skierowania na zajęcia do KIS-u są bowiem często elementem kontraktów socjalnych podpisywanych przez klientów ośrodków pomocy społecznej. Należy przy tym podkreślić, że kontrakt socjalny nie jest w Polsce narzędziem pracy socjalnej, ale dokumentem warunkującym

uzyskanie (utrzymanie) prawa do świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej. Oznacza to, że kontrakty stosowane są rutynowo (treść zapisów nie jest uzgadniana z zainteresowanymi), a kierowani do KIS-ów klienci mogą mieć (i często mają) niską motywację do udziału w zajęciach.

Duża część KIS-ów funkcjonuje jako przedsięwzięcia „projektowe” w ramach struktur OPS; projektami są tu kolejne edycje zajęć reintegracyjnych, na które pozyskuje się dodatkowe środ-

PODSTAWA PRAWNA:

Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 roku o zatrudnieniu socjalnym, Dz.U. 2003 Nr 122, poz. 1143; Dz.U. 2004 Nr 69, poz. 624; Dz.U. 2004 Nr 99, poz. 1001.

Liczba w Polsce: ok. 220.



ki zewnętrzne (głównie z Europejskiego Funduszu Społecznego przez Program Operacyjny Kapitał Ludzki). W wyniku tego kluby integracji społecznej są instytucjami niestabilnymi, o „rotującej” kadrze specjalistów, co obniża skuteczność świadczonych usług. Część KIS-ów powstaje z inicjatywy organizacji pozarządowych. Podmioty te doświadczają podobnych problemów „strukturalnych”, co kluby powiązane z OPS-ami.

Relacje między OPS-ami a KIS-ami mają znamiona relacji hierarchicznych, a nie partnerskich. Kadra KIS-ów nie ma wpływu na treść kontraktów socjalnych, w wyniku których klienci trafiają do klubów. Faktyczna nadrzędność OPS-u odczuwana jest przez kadrę KIS-u jako sytuacja hamująca rozwój i profesjonalizację usług reintegracyjnych.

Standardy są ukierunkowane na wzmocnienie trwałości KIS-ów, ich upodmiotowienie instytucjonalne oraz profesjonalizację świadczonych usług.

STANDARD NR 1.

SILNA I STABILNA WŁASNA KADRA SPECJALISTÓW

Zakorzenień KIS w środowisku lokalnym i zyskanie reputacji nie jest możliwe bez zbudowania stabilnego zespołu specjalistów. W klubie potrzebne jest szerokie grono specjalistów (**por. standard ogólny 3**): psycholog, doradca zawodowy, pracownik socjalny, psychoterapeuta, terapeuta uzależnień, specjalista ds. pracy z rodziną, a także prawnik. Wszyscy oni, niezależnie od kompetencji zawodowych, powinni posiadać odpowiednie kompetencje społeczne.

Ze względu na ograniczenia finansowe można zatrudniać specjalistów jedynie na część etatu, ewentualnie podpisywać długookresowe umowy cywilnoprawne. Chodzi jednak o odejście od przeważającego obecnie rozwiązania, zgodnie z którym w strukturze KIS-u wyodrębnione jest jedynie stanowisko kierownicze oraz stanowisko administracyjne do spraw związanych z pisanem projektów i pozyskiwaniem grantów, a specjaliści zatrudniani są projektowo w trybie *quasi*-przetargowym do konkretnych edycji zajęć reintegracyjnych. Projektowo-przetargowa kultura organizacyjna nie zapewnia zintegrowanego oddziaływania różnych specjalistów: zlecenia na świadczenie usług reintegracyjnych otrzymują często osoby dosyć przypadkowe, o stosunkowo niskich kompetencjach, nieidentyfikujące się z misją KIS-ów, ale konkurencyjne, bo oferujące swe usługi po odpowiednio niskiej cenie. Przypadkowy dobór specjalistów i ich zatrudnianie w trybie pozakodeksowym rodzi też problemy komunikacyjne – trudno jest np. organizować systematyczne spotkania konsultacyjne kadry w pełnym składzie.

Właściwym rozwiązaniem jest **wyodrębnienie w KIS-ach odpowiednich stanowisk dla specjalistów i budowanie własnego zespołu specjalistów**, aby podnosić jakość świadczonych usług reintegracyjnych kierowanych do osób o rozległych deficytach i sprzężonych dysfunkcjach.

W KIS-ach funkcjonujących w strukturach OPS-ów stabilna własna kadra specjalistów buduje tożsamość instytucjonalną i stwarza szansę swoistej „emancypacji” względem ośrodków. Warto zauważyć, że profesjonalizacji usług KIS nie sprzyja sytuacja, gdy koordynatorem klubu

jest osoba kierująca ośrodkiem. Klub integracji społecznej powinien rozwijać partnerskie relacje z OPS-em, rozwijać własną misję i w sposób funkcjonalnie wyodrębniony zarządzać procesem świadczenia usług reintegracyjnych, także w sytuacji formalnego pozostawania w strukturze OPS.

STANDARD NR 2. REKRUTACJA UCZESTNIKÓW ZAJĘĆ NIE TYLKO SPOŚRÓD KLIENTÓW OPS-ÓW ORAZ „USPOŁECZNIE” KONTRAKTÓW I UMÓW Z KLIENTAMI

Niezbędne jest wzmocnienie decyzyjności KIS-ów w procesie rekrutacji uczestników zajęć reintegracyjnych (**por. standard ogólny nr 12**). Zmiany wymaga sytuacja, w której klient OPS-u jest kierowany przez pracownika socjalnego ośrodka do „bezwolnego” w tym względzie KIS-u na podstawie zapisu kontraktu socjalnego (bardziej narzucającego klientowi pod rygorem utraty praw do świadczeń pieniężnych niż z nim uzgadnianego). Kadra KIS-u powinna mieć możliwość – w ramach procedury rekrutacyjnej – odmowy przyjęcia na zajęcia skierowanego do niego klienta przez OPS lub inną instytucję zewnętrzną – po dokonaniu oceny jego motywacji i zdolności udziału w zajęciach.

KIS powinien oferować usługi różnym (chętным) członkom danej społeczności wymagającym reintegracji, a nie tylko „trudnym” klientom OPS-ów. Należy mieć na uwadze, że nie wszystkie osoby marginalizowane chcą wchodzić w relacje z OPS-em: nie wszystkie są zainteresowane otrzymywaniem z tej placówki wsparcia finansowego i w związku z tym nie wszystkie są gotowe podpisać kontrakt socjalny z OPS-em. W rekrutacji uczestników bez pośrednictwa OPS należy uwzględniać zasadę, że KIS jest instytucją adresującą swe usługi do osób, które doświadczają różnych deficytów, a nie tylko mają problemy ze znalezieniem i utrzymaniem pracy. KIS nie może też ograniczać się do pośrednictwa pracy. Takie usługi świadczą inne podmioty.

Kontrakt socjalny powinien być uzgadniany z klientem, przy aktywnym udziale KIS-u, jeśli obejmować ma skierowanie na zajęcia do klubu. Oznacza to przyjęcie zasady pełnego wglądu specjalistów z KIS-u w zapisy kontraktu zawartego przez klienta w OPS-ie; obecnie mają miejsce przypadki ukrywania przed kadrą KIS-ów zapisów kontraktów – jak się wydaje – w związku ze zdiagnozowanym u klientów rozległym brakiem motywacji co do poprawy własnej sytuacji

oraz praktyką wysyłania na zajęcia KIS-u jako formy kary za łamanie innych zapisów kontraktu czy zasad współpracy z pracownikami socjalnymi OPS-ów. Taki negocjowany, „uspołeczniiony” **kontrakt powinien być narzędziem pracy socjalnej i czynnikiem reintegracji, a nie tylko czynnikiem wymuszanej mobilizacji**, podnosząc tym samym motywację klienta co do udziału w zajęciach KIS-u i poprawy własnej sytuacji życiowej i ekonomicznej. Praktyka ta skutkowałaby też niekierowaniem na zajęcia KIS-ów osób zupełnie niezainteresowanych reintegracją.

Uczestnicy zajęć, którzy trafiają do klubów nie będąc klientami OPS-ów, powinni podpisywać umowę z KIS-em jako formę „wewnętrznego” kontraktu socjalnego, również w formule uzgodnieniowej (określenie „wewnętrzny” dla odróżnienia od kontraktu „zewnętrznego”, przygotowywanego w OPS-ie). Kontrakt powinien być dostosowany do indywidualnych możliwości klienta, a jego zapisy systematycznie weryfikowane. Ponieważ odzyskiwanie (nabywanie) zdolności do pracy traktuje się w KIS-ach jako nadrzędny cel reintegracji, warto, aby kontrakt przewidywał prace społecznie użyteczne, stosunkowo chętnie – jak pokazuje praktyka – podejmowane przez uczestników zajęć.

STANDARD NR 3.

REGULAMIN WEWNĘTRZNY UWZGLĘDNIAJĄCY ZOBOWIĄZANIA KIS-U ORAZ ZAPISY DYSCYPLINUJĄCE UCZESTNIKÓW ZAJĘĆ

Klub integracji społecznej powinien opracować regulamin wewnętrzny, uwzględniający: (1) zobowiązania klubu i zatrudnionych w nim specjalistów wobec uczestników zajęć oraz (2) zestaw regulacji dyscyplinujących klientów w zakresie przestrzegania zasad uczestnictwa w zajęciach reintegracyjnych.

W regulaminie warto w sposób zrozumiały (dla uczestników zajęć) określić zadania poszczególnych specjalistów w zakresie diagnozy, współudziału w przygotowaniu i realizacji warsztatów, sesji grupowych, prowadzenia dokumentacji, współdziałania z innymi instytucjami, prowadzenia indywidualnych konsultacji czy pracy socjalnej. Regulamin powinien ponadto odwoływać się do zapisów kontraktów socjalnych z OPS: pracownicy socjalni z OPS-ów są bowiem zobligowani do monitorowania uczestnictwa w zajęciach klientów kierowanych do KIS-u.

Regulamin organizacyjny KIS powinien jasno określać zasady korzystania z nieodpłatnych usług. Warto zdefiniować ogólnie przyjęte zasady kultury i współżycia społecznego, a także konsekwentnie wymagać: trzeźwości, aktywnego uczestnictwa w zajęciach, podpisywania list obecności, zachowania powściągliwości w wyrażaniu krytyki wobec innych osób, usprawiedliwiania nieobecności, wypełniania ankiety oceniającej ofertę KIS-u, dbania o dobro wspólne, ład i porządek, zachowania poufności, przestrzegania przepisów BHP itp.

Kierownik KIS-u powinien mieć prawo pozbawienia klienta uczestnictwa w zajęciach klubu za rażące naruszenie regulaminu, nadmierną absencję bez usprawiedliwienia czy ujawnienie się (nawrót) problemów alkoholowych: spożywanie alkoholu (i analogicznie zażywanie substancji psychoaktywnych) na terenie KIS-u, stawienie się na zajęcia w stanie nietrzeźwym, używanie przemocy w kontaktach z kadrą czy innymi uczestnikami. W stosowaniu sankcji warto być jednak elastycznym i kierować się dobrem klienta. Praktyka pokazuje, że czasami w sytuacji nieprze-

strzegania przez klienta zawartej umowy warto zmienić zapisy kontraktu, a nie pozbawiać klienta szansy uczestnictwa w zajęciach KIS-u. Z drugiej strony wykluczenie z zajęć bywa jedynym sensownym rozwiązaniem, mając na uwadze także dobro innych uczestników.

STANDARD NR 4. ORGANIZACJA GRUP WSPARCIA I ANIMOWANIE GRUP SAMOPOMOCOWYCH



W KIS-ach **warto organizować grupy wsparcia oraz stwarzać warunki do tworzenia się grup samopomocowych.** KIS-y są placówkami o znacznie niższym poziomie instytucjonalizacji niż CIS-y i ZAZ-y. Tak więc, chociaż tworzenie grup wsparcia i grup samopomocy można polecać wszystkim placówkom świadczącym usługi reintegracji (rehabilitacji) społecznej i zawodowej, to ich rola jest szczególnie istotna w klubach, gdzie istnieją szczególnie korzystne warunki do zawiązywania się i powoływania tych grup i zarazem ich istnienie wydatnie podnosi zakres i jakość oferty wsparcia.

Grupa wsparcia to usługa środowiskowa o charakterze wspierającym z elementami samopomocy, która pozwala wykorzystać zasoby tkwiące w klientach w procesie ich reintegracji społecznej. To także narzędzie do nabywania zdolności komunikacji z otoczeniem i budowania więzi. Udział w grupie wsparcia wzmacnia klientów dzięki wymianie doświadczeń i współpracy. Nad przebiegiem interakcji w grupie czuwa profesjonalista – członek kadry specjalistów placówki. Grupy wsparcia mogą składać się zarówno z osób o podobnych, jak i odmiennych cechach i problemach. Grupy jednolite stwarzają okazje do budowania więzi między osobami, które nawzajem rozumieją swoje problemy. Grupy mieszane również wywołują efekt wzmocnienia ich uczestników: można bowiem skonfrontować odmienne doświadczenia, spojrzeć na czyjeś problemy z perspektywy własnych – innych. Z pozoru różni uczestnicy odkrywają wówczas wspólne problemy i dzielą się różnymi strategiami „wychodzenia na prostą”.

Grupa samopomocowa to inicjatywa oddolna (kadra może dyskretnie podsunąć pomysł zawiązania grupy), polegająca na wzajemnym świadczeniu pomocy, dzieleniu się doświadczeniami, wymianie informacji, wspieraniu w trudnych sytuacjach życiowych. Moderatorem czy liderem takiej grupy jest jeden z beneficjentów, a nie członek kadry placówki. Jest to grupa o strukturze niesformalizowanej, bez profesjonalnego kierownictwa czy wsparcia eksperta. Potencjał grup

samopomocowych tkwi głównie w przekładalności doświadczeń ich członków; dlatego są to za-
wyczaj grupy jednorodne.

W grupach wsparcia i grupach samopomocowych ważne jest tworzenie atmosfery zaufania,
życzliwości, szacunku, braku osądzania i krytykowania innych, narzucania poglądów. Obowiązuje
zachowanie poufności. Każda grupa powinna określić swój program i plan spotkań. Spotkania
warto organizować regularnie, optymalna liczebność takiej grupy to 6–12 osób.

Kluby powinny być **otwarte na proces przekształcania grup samopomocowych w grupy
wsparcia i odwrotnie – umożliwić członkom grup wsparcia „usamodzielnienie” w formule
samopomocowej**. Kluczowa jest tu dobra komunikacja na linii klienci – specjaliści oraz diagnoza
potencjału klientów w zakresie samoorganizacji.

STANDARD NR 5. UWZGLĘDNIANIE OBIEKTYWNYCH OGRANICZEŃ KLIENTÓW I ROZWIĄZANIA ORGANIZACYJNE UŁATWIAJĄCE UCZESTNICTWO W ZAJĘCIACH

Do KIS-ów trafiają klienci o różnych zasobach i deficytach. Jedne i drugie powinny być uwzględniane w projektowanych zajęciach grupowych i indywidualnych planach działania. Planując wsparcie, **warto mieć na uwadze obowiązki rodzinne klientów czy ograniczenia wynikające z miejsca zamieszkania** (odległość od placówki, ograniczone możliwości dojazdowe). Kobiety (ale i mężczyźni) pełnią często funkcje opiekuńcze wobec osób zależnych (dzieci, starsi czy niepełnosprawni członkowie rodzin). To przekłada się na zdolność podejmowania współpracy z klubem. Tak więc brak dostępu do placówek opiekuńczych czy brak środków na opłatę za usługę opiekuńczą uniemożliwia często regularny udział w zajęciach.

Warto rozpoznawać potrzeby i podejmować działania zaradcze. Są KIS-y, które w procesie rekrutacji uwzględniają w kwestionariuszu ankiety sytuację rodzinną i wynikające stąd obowiązki osób rekrutowanych oraz oferują wsparcie skoncentrowane na zdiagnozowanych potrzebach i ograniczeniach. Wsparcie może polegać na: dopłacie do przedszkola, zaoferowaniu miejsca dla dziecka w świetlicy środowiskowej, czasowym przejmowaniu opieki nad osobami zależnymi w trakcie pobytu klienta w KIS-ie (przy wykorzystaniu opiekunek dziecięcych zatrudnianych w ramach prac społecznie użytecznych czy absolwentów KIS-ów ze sprawdzonymi kwalifikacjami w zakresie opieki nad osobami starszymi, niedołącznymi czy niepełnosprawnymi).

Barieri przestrzenne i komunikacyjne są istotnym czynnikiem ograniczającym aktywność klientów. Warto więc organizować dowożenie uczestników zajęć do placówki, oferować refundację kosztów dojazdu z uwzględnieniem rozwiązania, dającego szansę zaoszczędzenia przez klientów części środków, gdy na zasadzie samopomocy zorganizują sobie dojazd grupowy. Część osób może „sezonowo” korzystać z oferowanych przez KIS-y rowerów. Warta zasygnalizowania jest także oferta „bilet za bilet”, gdzie KIS przekazuje bilet na komunikację miejską, „rozliczając” użycie wcześniej przekazanego biletu.

STANDARD NR 6.

PROWADZENIE KART USŁUG DORADCZYCH DLA KAŻDEGO KLIENTA

W KIS-ach opracowywany jest dla każdego klienta indywidualny plan działania (IPD – por. standard ogólny nr 14). Jego przygotowanie wymaga przeprowadzenia diagnozy wstępnej oraz jej weryfikacji przez obserwację klienta w trakcie pobytu w placówce, co zajmuje zazwyczaj kilku tygodni. **Indywidualny plan działania warto uzupełnić o prowadzoną dla każdego klienta kartę usług doradczych – narzędzie służące kumulacji informacji o procesie reintegracji konkretnego klienta – zaoferowanym wsparciu i efektach podjętych działań.** Dokument ten może uwzględniać następujące zapisy:

- *część ogólna* – dane personalne, wykształcenie, posiadane kwalifikacje, uwarunkowania zdrowotne, społeczno-ekonomiczne, stan cywilny, źródło utrzymania, sytuacja materialna, czas pozostawania bez pracy, a także, kto skierował do KIS-u i zakładana data zakończenia udziału w zajęciach;
- *część szczegółowa* – zdiagnozowane zasoby i potrzeby klienta, opinie psychologa, doradcy zawodowego, innych specjalistów (np. asystenta rodziny), formy proponowanego wsparcia, przebieg i rezultaty podjętych działań; monitoring pół roku po zakończeniu zajęć.

Karta usług doradczych spełnia funkcję informacyjną (wiedza o przebiegu reintegracji), monitorującą (analiza skuteczności oferowanych usług), diagnostyczną (planowanie zmian w pracy z klientem). Zapisy w karcie powinny mieć charakter „kroczący”. Karta to dokument stale uzupełniany wraz z kolejnymi etapami procesu reintegracji.

Prowadzenie użytecznej karty usług doradczych wymaga (a jednocześnie powinno wpływać na zaistnienie) dynamicznego przepływu informacji o kliencie wewnątrz instytucji i między instytucjami; jest to więc użyteczne narzędzie dla praktyki *case management* (por. standard ogólny nr 10). Postuluje się, aby **zapisy karty usług doradczych oraz IPD mogły być przekazane**

specjalistom z innych instytucji za zgodą beneficjenta i specjalisty w ramach danego zawodu odpowiedzialnego za beneficjenta w KIS-ie (por. standard ogólny nr 11). Kluczowe jest tu dobro klienta: zarówno oferowanie wsparcia najbardziej adekwatnego, jak i zachowanie poufności. Dlatego udostępnianie „historii pomocy” warto uzależniać od zgody klienta i traktować jako element profesjonalnej zintegrowanej usługi, świadczonej przez różne współpracujące podmioty, a nie procedurę *stricte* administracyjnego „obrotu” danymi personalnymi. KIS, udostępniając (za zgodą klienta) dane o nim kolejnej instytucji wspierającej, powinien tym samym mieć prawo wglądu w zakres prowadzonych działań i jednocześnie na podobnych zasadach (za zgodą klienta) otrzymywać wgląd w dane o prowadzonych działaniach OPS-u, gdy ten kieruje klienta na zajęcia klubu w ramach szerszego programu pracy socjalnej.

STANDARD NR 7.

USTANOWIENIE KOORDYNATORA (OPIEKUNA) PRAC SPOŁECZNIE UŻYTECZNYCH ORAZ STAŻY I PRAKTYK ZAWODOWYCH

Jeśli KIS organizuje prace społecznie użyteczne czy staże i praktyki zawodowe na otwartym rynku pracy, powinien powołać własnego koordynatora lub opiekuna pracującego poza siedzibą klubu. **Koordinator (opiekun) prac społecznie użytecznych/praktyk/staży powinien systematycznie monitorować pracę klientów KIS-u na rynku pracy na rzecz konkretnych instytucji (firm) i reagować na ewentualne pojawiające się problemy** (niezależnie z czyjej winy). Klienci KIS-ów mogą napotkać różne trudności i niedogodności, włącznie z praktyką społecznego naznaczania, ale też sami mogą generować problemy. Ze względu na swe deficyty i ograniczenia mogą też potrzebować wsparcia i wzmocnienia w ramach podejmowanej aktywności. Koordynator powinien być osobą udzielającą klientom wszechstronnych informacji, ułatwiającą podjęcie przez nich pracy, wspierającą klientów w rozwiązywaniu trudnych sytuacji, ale jednocześnie nie powinien wyręczać klientów w sprawach, w których mogą oni sami sobie poradzić. Koordynator powinien bezpośrednio współpracować także z pracodawcami, przekazując informacje o umiejętnościach i możliwościach rozwojowych klientów KIS-u, ale i ich obiektywnych ograniczeniach. Pożądanymi cechami koordynatora są: kreatywność, komunikatywność, otwartość, życzliwość, odpowiedzialność, zrozumienie procesu reintegracji zawodowej klienta w „pozapłacówkowych” warunkach otwartego rynku pracy.

STANDARD NR 8.

KONCENTRACJA NA ZASPOKĄNIU RZECZYWISTYCH POTRZEB UCZESTNIKÓW ZAJĘĆ REINTEGRACYJNYCH - USŁUGI „SZYTE NA MIARĘ”

KIS powinien uczynić atut z niskiego poziomu instytucjonalizacji swych działań i unikać nadmiernej formalizacji i biurokratyzacji działań wspierających. Jest to możliwe **przy koncentracji działań usługowych na rzeczywistych potrzebach uczestników, związanych z ich zdiagnozowanymi ograniczeniami i deficytami, a także odkrywaniem potencjałem.** Warto inwestować w diagnozę środowiskową, uwzględniającą społeczną sytuację klientów i wynikające stąd problemy w codziennym funkcjonowaniu. KIS ma ku temu większe możliwości niż CIS czy ZAZ, nie musząc troszczyć się o utrzymanie własnych warsztatów i innych elementów infrastruktury.

KIS powinien też unikać koncentrowania się na wypełnianiu wskaźników efektywności kosztem dobra konkretnych klientów oraz rezygnować z organizowania staży u pracodawców ze złą opinią w zakresie traktowania pracowników. Kluby w zakresie oferty szkoleniowej powinny się wyraźnie odróżniać od firm szkoleniowych, realizujących (głównie na zlecenie PUP-ów) tanie, za to masowe szkolenia bez elementów indywidualnego podejścia. KIS powinien organizować raczej małe edycje – dla około 20 klientów, uwzględniające usługi reintegracyjne „szyte na miarę”. Jeśli zaś edycja liczy więcej osób, to w ramach zajęć warsztatowych klienci powinni być podzieleni na mniejsze liczebnie grupy, liczące do 20 osób. Obecnie KIS-y oferują półroczne wzmocnienie, ale skuteczna reintegracja wymaga często dłuższych zajęć – z możliwością przedłużenia nawet do 12-miesięcy.

część V

STANDARDY ZAKŁADÓW AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ

Marek Rymsza i Arkadiusz Karwacki
we współpracy z ekspertami:
Małgorzatą Paprotą,
Moniką Hoffmann-Grabowską
i Zbigniewem Nowakowskim

część V

STANDARDY

ZAKŁADÓW AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ

*Marek Rymsza i Arkadiusz Karwacki we współpracy z ekspertami:
Małgorzatą Paprotą, Moniką Hoffmann-Grabowską
i Zbigniewem Nowakowskim*

Wprowadzenie	87
Standard nr 1. Usługi z zakresu rehabilitacji zdrowotnej	89
Standard nr 2. Udzielenie lokowania długoletnich pracowników ZAZ-ów na otwartym rynku pracy	90
Standard nr 3. Zakładowy Fundusz Aktywności i indywidualizacja wsparcia rehabilitacyjnego	92
Standard nr 4. Karencja w systemie orzecznictwa o niepełnosprawności dla celów pozarentowych	93
Standard nr 5. Montaż finansowy bez obniżania poziomu i jakości usług rehabilitacyjnych	95
Standard nr 6. Współpraca z ośrodkami specjalistycznymi z zakresu kształcenia ustawicznego i doradztwa zawodowego	97

WPROWADZENIE

Zakład aktywności zawodowej (ZAZ) – jest wyodrębnioną organizacyjnie i finansowo jednostką tworzoną przez powiat, gminę, stowarzyszenie lub inną organizację społeczną, której statutowym zadaniem jest rehabilitacja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych. Zakłady tworzy się w celu zatrudniania osób niepełnosprawnych z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności i określonych w ustawie grup osób z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, a także przygotowania ich do życia w otwartym środowisku. ZAZ może prowadzić działalność gospodarczą.

Zakłady aktywności zawodowej są w większym stopniu niż centra integracji społecznej i kluby integracji społecznej osadzone na rynku. Są to bowiem przedsiębiorstwa o określonym statusie prawnym, a zatrudnione w nich osoby niepełnosprawne mają status pracowników w rozumieniu Kodeksu pracy, choć są objęte specjalną ochroną. Stąd zatrudnienie w ZAZ-ach określane jest jako zatrudnienie w warunkach chronionych (w ramach chronionego rynku pracy). W konsekwencji adresaci wsparcia nie są przez służby zatrudnienia traktowani jako osoby bezrobotne.

Wsparcie aktywizujące oferowane w ZAZ-ach – określane jako rehabilitacja – jest adresowane wyłącznie do osób niepełnosprawnych z orzeczoną niepełnosprawnością w systemie pozarentowym. Odmienność terminologiczna związana jest z funkcjonowaniem ZAZ-ów w ramach odrębnego (względem systemu zatrudnienia socjalnego współtworzonego przez CIS-y, KIS-y, a także spółdzielnie socjalne) systemu Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON). Rehabilitacja obejmuje nie tylko rehabilitację zawodową i społeczną, ale także rehabilitację zdrowotną. W praktyce rehabilitacja społeczna odgrywa stosunkowo najmniejszą rolę i poniższe standardy mają za zadanie dowartościować tę formę wsparcia aktywizującego.

PODSTAWA PRAWNA:

*Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku
o rehabilitacji zawodowej i społecznej
oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
Dz.U. 1997 Nr 123, poz. 776 ze zm.
Liczba w Polsce: 69*



Największą słabością ZAZ-ów jest ich „niedrożność” – oferowanie stabilnego długookresowego zatrudnienia niewielkiej liczbie w ten sposób „uprzywilejowanych” osób niepełnosprawnych. Zakłady aktywności zawodowej są w zbyt małym stopniu zakładami aktywizacji zawodowej. Standardy promują działania aktywizujące ZAZ-ów, skutkujące monitorowanym zatrudnianiem osób niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy po ich doświadczeniu pracy w warunkach chronionych jako przejawu pełnej integracji zawodowej, a jednocześnie jako rozwiązania umożliwiającego skorzystanie z oferty ZAZ-ów większej liczbie osób niepełnosprawnych.

Standardy starają się przy tym podtrzymać dorobek ZAZ-ów w postaci rehabilitacji zdrowotnej czy Zakładowego Funduszu Aktywności, zapobiegając jednocześnie ryzyku komercjalizacji w wyniku kurczenia się dotacji z PFRON-u i tym samym upodobnienia się ich oferty do oferty zakładów pracy chronionej.

STANDARD NR 1.

USŁUGI Z ZAKRESU REHABILITACJI ZDROWOTNEJ

Rehabilitacja zdrowotna to rodzaj wsparcia oferowany osobom niepełnosprawnym w ZAZ-ach, który wyróżnia te podmioty względem placówek reintegracyjnych (CIS, KIS), gdzie działania prozatrudnieniowe uzupełniane są jedynie o elementy reintegracji/rehabilitacji społecznej. Usługi z zakresu rehabilitacji zdrowotnej odróżniają także zakłady aktywności zawodowej od zakładów pracy chronionej. Usługi rehabilitacji zdrowotnej (połączonej z rehabilitacją społeczną i zawodową) muszą być, w myśl przepisów prawnych, świadczone w zakładach aktywności zawodowej codziennie, w wymiarze 1–2 godzin. Znaczna część ZAZ-ów świadczy usługi rehabilitacyjne samodzielnie, część zawiera kontrakty z usługodawcami zewnętrznymi, m.in. szpitalami czy przychodniami (np. zlecane są usługi z zakresu hydroterapii czy galwanoterapii). Usługi te świadczone są najczęściej bezpośrednio po godzinach pracy osób niepełnosprawnych w zakładach aktywności zawodowej.

Świadczenie usług z zakresu rehabilitacji zdrowotnej jest praktyką ugruntowaną w zakładach aktywności zawodowej, którą należy kontynuować. Właściwym rozwiązaniem jest też finansowanie tych usług ze środków Zakładowego Funduszu Aktywności (por. standard szczegółowy nr 3). Warto również pozostawić zarządzającym zakładami możliwość wyboru samodzielnego świadczenia tych usług czy też ich kontraktowania z zewnętrznymi usługodawcami.

STANDARD NR 2.

UDROŻNIENIE LOKOWANIA DŁUGOLETNICH PRACOWNIKÓW ZAZ-ÓW NA OTWARTYM RYNKU PRACY

Zakłady aktywności zawodowej są w zbyt małym stopniu zakładami aktywizacji zawodowej. Należy więc wzmacniać działania aktywizujące, skutkujące zatrudnianiem osób niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy po doświadczeniu pracy w warunkach chronionych, jakie zapewnia zakład aktywności zawodowej. Praca taka, jeśli tylko zostaje przez osobę niepełnosprawną utrzymana na dłuższy czas, jest bowiem przejawem jej pełnej integracji zawodowej (praca w warunkach chronionych takiej możliwości nie stwarza), a jednocześnie zwalniają się w ten sposób miejsca w zakładach aktywności zawodowej dla nowych osób niepełnosprawnych w procesie rehabilitacji, chcących podnieść swoje kompetencje zawodowe.

Zakłady aktywności zawodowej powstały jako ogniwo pośredniczące w systemie rehabilitacji niepełnosprawnych, współtworzonym przez warsztaty terapii zajęciowej, zakłady pracy chronionej, a także inne placówki, takie jak środowiskowe domy samopomocy. Problem braku drożności w przechodzeniu osób niepełnosprawnych z ZAZ-ów na otwarty rynek pracy jest sygnalizowany przez kadry zarządzające zakładów. Barierą jest tu stan prawny: Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity – Dz.U. 2011 Nr 127, poz. 721 ze zm.) oraz odpowiednie rozporządzenie wykonawcze Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 lipca 2012 roku (Rozporządzenie MPiPS z dnia 17 lipca 2012 roku w sprawie zakładów aktywności zawodowej – Dz.U. 2012, poz. 850) nie wskazują narzędzi ułatwiających przejście osób niepełnosprawnych na otwarty rynek pracy bez narażania na stres i przy ograniczeniu ryzyka niepowodzenia, znoszącego rezultaty rehabilitacji.

Dobrym rozwiązaniem w tym zakresie, wartym upowszechnienia i odpowiedniego uregulowania, jest organizowanie praktyk zawodowych czy staży u pracodawców z otwartego

rynku pracy dla osób niepełnosprawnych zatrudnionych w zakładzie aktywności zawodowej. Rozwiązanie takie powinno obejmować osoby, które uzyskały odpowiednią pozytywną opinię ze strony zespołu programowego w ZAZ-ie, oceniającego efekty rehabilitacyjne (**por. standard szczegółowy nr 3**). Staże i praktyki powinny być finansowane ze środków Zakładowego Funduszu Aktywności ZAZ-ów (podstawa prawna: §15. pkt 1 ust. 5 przywołanego powyżej rozporządzenia MPiPS – „pomoc w przygotowaniu osób niepełno-sprawnych zaliczonych do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności do pracy poza zakładem pracy i wyrównywaniem ich szans w nowym miejscu pracy”). Liczba dni w tygodniu oraz długość praktyk i staży byłaby określana w umowie przy założeniu, że okres praktyk nie powinien przekraczać 1 roku, a staży – 6 miesięcy. W realizację praktyk i staży powinni być zaangażowani opiekunowie (asystenci) osób niepełnosprawnych (formuła analogiczna jak przy zatrudnieniu wspieranym); koszt ich pracy byłby elementem kosztów organizacji praktyk/staży.

Warto nadmienić, że obecnie niektóre zakłady aktywności zawodowej organizują staże zawodowe na otwartym rynku pracy z wykorzystaniem instytucji oddelegowania pracownika. Postulowane rozwiązanie byłoby jednak korzystniejsze tak dla osób niepełnosprawnych, jak i organizatorów staży/praktyk zawodowych. Oddelegowanie oznacza bowiem, że pracę w ZAZ zamiast takiego pracownika musi wykonać ktoś z 30% kadry pomocowej, co odbija się na skali i jakości usług rehabilitacyjnych świadczonych na rzecz pozostałych niepełnosprawnych.

STANDARD NR 3.

ZAKŁADOWY FUNDUSZ AKTYWNOŚCI I INDYWIDUALIZACJA WSPARCIA REHABILITACYJNEGO

Kwestia ta została już omówiona dla ogółu instytucji aktywizujących przy omawianiu indywidualnych planów aktywizujących (por. standard ogólny nr 14). W zakładach aktywności zawodowej plany te określane są jako indywidualne programy rehabilitacji zawodowej i społecznej (IPR). Właściwym rozwiązaniem powszechnie stosowanym w zakładach są **spotkania zespołu programowego (składającego się z przedstawicieli kadry zarządzającej i kwalifikowanego personelu pomocowego), poświęcone realizacji IPR-ów i ich rezultatów, w których uczestniczą także niepełnosprawni pracownicy** (każdy w zakresie własnego planu).

Warto jednak podkreślić, że w przypadku zakładów aktywności zawodowej indywidualizacja wsparcia nie ogranicza się do spraw organizacyjnych, ale po nowelizacji Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997 Nr 123, poz. 776), dokonanej w sierpniu 2012 roku, obejmuje również aspekt finansowy. Chodzi o uelastycznienie zasad korzystania z zasobów finansowych Zakładowego Funduszu Aktywności (ZFA). Uelastycznienie zarządzania ZFA objęło m.in. rozszerzenie katalogu kosztów kwalifikowanych do pokrywania z zasobów Funduszu (możliwe są takie wydatki, jak np. zakup protezy, zamówienie „szytego na miarę” szkolenia czy zatrudnianie w ZAZ dodatkowych specjalistów z zawodów pomocowych – nie zaliczanych do personelu stałego placówek, objętego limitem 30%). Znowelizowane zapisy prawne biorą pod uwagę postulaty formułowane wcześniej przez kadrę pomocową i zarządzających zakładami aktywności zawodowej. Stwarzają one, jak się wydaje, optymalne warunki do racjonalnego zarządzania zasobami ZFA, umożliwiając podnoszenie poziomu rehabilitacji i samodzielności życiowej niepełnosprawnych pracowników ZAZ-ów. Warto natomiast w większym stopniu wykorzystywać Zakładowy Fundusz Aktywności do ułatwiania podejmowania przez niepełnosprawnych zatrudnionych w zakładach pracy u pracodawców na otwartym rynku (por. standard szczegółowy nr 2).

STANDARD NR 4. KARENCJA W SYSTEMIE ORZECZNICTWA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA CELÓW POZARENTOWYCH

O rzecznictwo o niepełnosprawności dla celów pozarentowych jest ważnym uwarunkowaniem funkcjonowania zakładów aktywności zawodowej. Przedsiębiorstwa, aby utrzymać status zakładu aktywności zawodowej, muszą bowiem zatrudniać tylu niepełnosprawnych, aby stanowili oni nie mniej niż 70% ogółu zatrudnionych w zakładzie. Usługi rehabilitacyjne prowadzone w zakładach przekładają się na poprawę stanu zdrowia niepełnosprawnych, co może skutkować zmianą orzecznictwa (np. z orzeczenia niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym na orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu lekkim). Problem w tym, że poziom zatrudnienia niepełnosprawnych w poszczególnych ZAZ-ach oscyluje zazwyczaj wokół granicy 70% (30% to kadra zarządzająco-pomocowa, która jest niezbędna dla realizowania rehabilitacyjnej misji zakładu) i jednostkowa zmiana orzecznicza może skutkować automatycznym przeszeregowaniem niepełnosprawnego do części „sprawnej” personelu i przekroczeniem poziomu zatrudnienia osób sprawnych w zakładzie lub zastąpieniem tej osoby przez niepełnosprawnego pracownika z odpowiednim orzeczeniem.

Zmiana orzecznictwa względem osoby zatrudnionej w ZAZ-ie powinna działać nie automatycznie, ale po upływie kilkumiesięcznej (3–6 miesięcy) karencji, tak aby uruchomione mogłyby zostać racjonalne działania dostosowawcze, obejmujące np. organizację dla takiej osoby stażu na otwartym rynku pracy przy wykorzystaniu środków Funduszu Aktywności Zawodowej (por. standard szczegółowy nr 2 oraz standard ogólny nr 10). Warto też mieć na uwadze, że w przypadku części osób niepełnosprawnych (chodzi o osoby chore psychicznie i z zaburzeniami psychicznymi) poprawa stanu zdrowia ma charakter jedynie okresowy (krótkoterminowy) i można spodziewać się remisji choroby (zaburzenia).

System orzecznictwa nie jest elementem procesu świadczenia usług aktywizujących w zakładach aktywności zawodowej, objętego proponowaną tu standaryzacją jakości usług. Ponieważ

jednak świadczenie tychże usług ma bezpośredni wpływ na samo orzekanie o stopniu niepełnosprawności, które z kolei w sposób istotny wpływa na proces społecznej i zawodowej integracji osób niepełnosprawnych, świadomie zamieszczamy ten standard w niniejszym zestawieniu.

STANDARD NR 5. MONTAŻ FINANSOWY BEZ OBNIŻANIA POZIOMU I JAKOŚCI USŁUG REHABILITACYJNYCH

Działalność obsługowo-rehabilitacyjna, zgodnie z regulacjami prawnymi, może być finansowana do poziomu 90% ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zaś nie mniej niż 10% winien przekazać samorząd wojewódzki, na terenie którego funkcjonuje dany ZAZ. W modelu czysto dotacyjnym około 90% podstawowych kosztów działania zakładu finansowane jest z dotacji PFRON (będącej w dyspozycji Marszałka Województwa), a brakujące 10% – ze środków samorządu województwa. Nadwyżki finansowe z działalności gospodarczej przeznaczone są zaś na wydatki dodatkowe, jak np. wypłaty ekwiwalentu urlopowego, premii dla osób niepełnosprawnych czy koszty naprawy maszyn i urządzeń ZAZ-u.

Coraz częściej środki PFRON przekazywane są zakładom aktywności zawodowej przez samorządy wojewódzkie z wykorzystaniem specjalnego algorytmu (algorytm ten stosowany jest zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 13 maja 2003 roku – Dz.U. 2003 Nr 88, poz. 808; w roku 2013 kwota wynikająca z algorytmu to 18 500 zł na jedną zatrudnioną w ZAZ-ie osobę niepełnosprawną). Zsumowana kwota dotacji zazwyczaj okazuje się znacząco niższa niż 90% budżetu rocznego ZAZ, także po uwzględnieniu dofinansowania wynagrodzeń osób niepełnosprawnych ze środków PFRON w ramach tzw. systemu SODiR. To zaś, wobec niemożności uzyskania większych dotacji niż 10% budżetu z Urzędu Marszałkowskiego, skutkuje poszukiwaniem przez kadrę zarządzającą ZAZ-ów większych przychodów ze sprzedaży towarów i usług. Zakłady aktywności zawodowej stopniowo zwiększają więc skalę działalności gospodarczej i poziom przychodów z tej działalności. W przygotowywanych w terminie do 30 września każdego roku preliminarzach wydatków na kolejny rok budżetowy następuje montaż finansowy środków własnych z dotacjami pochodzącymi głównie z PFRON i Urzędów Marszałkowskich, przy czym rośnie poziom środków własnych: w części ZAZ-ów przekracza on już 40% i zbliża się do granicy 50%.

Środki własne przeznaczane są głównie na pokrycie kosztów energii, czynszu, dowozu osób niepełnosprawnych do pracy, szkoleń osób niepełnosprawnych itp.

Konieczność generowania wysokich przychodów powoduje, iż osoby niepełnosprawne zatrudniane w ZAZ-ach świadczą pracę na warunkach coraz bardziej przypominających te spotykane w zakładach pracy chronionej. Skutkuje to ograniczeniem orientacji ZAZ na działania rehabilitacyjne oraz zatrzymywaniem w zakładach najbardziej sprawnych i najlepiej wykwalifikowanych pracowników, którzy pracują najwydajniej. Klóci się to z podstawowymi założeniami powstawania i prowadzenia zakładów aktywności zawodowej, które są przedsiębiorstwami społecznymi rehabilitacji przez pracę osób ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, a także z postulowanym udrożnieniem przepływów na linii ZAZ – otwarty rynek pracy (**por. standard szczegółowy nr 2**). Efekt integracyjny, w tym możliwość przejścia na otwarty rynek pracy, daje jednak tylko praca połączona z rehabilitacją zawodową, społeczną i leczniczą.

Upowszechnianie montażu finansowego i związany z tym wzrost znaczenia środków z działalności gospodarczej w budżetach ZAZ-ów wydaje się zjawiskiem nieuniknionym. Montaż finansowy nie powinien jednak prowadzić do komercjalizacji ZAZ-ów, skutkującej marginalizacją usług rehabilitacyjnych. Najkrócej rzecz ujmując, nie można dopuścić do powielenia patologii komercyjnych zakładów pracy chronionej przez zakłady aktywności zawodowej.

STANDARD NR 6. WSPÓŁPRACA Z OŚRODKAMI SPECJALISTYCZNYMI Z ZAKRESU KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO I DORADZTWA ZAWODOWEGO

Niepełnosprawni pracownicy zakładów aktywności zawodowej, w odróżnieniu od uczestników zajęć CIS-ów i KIS-ów, nie są osobami bezrobotnymi w rozumieniu przepisów Ustawy z 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. 2004 Nr 69, poz. 415 ze zm.). Oznacza to, że jeżeli poszukują zatrudnienia na otwartym rynku pracy, w okresie pracy w ZAZ-ie nie mogą korzystać ze wszystkich form aktywnych wsparcia, adresowanych do osób bezrobotnych przez służby zatrudnienia z powiatowych urzędów pracy. Wejście w status bezrobotnego jest niewskazane, gdyż po części niweczyłoby to psychologiczne efekty rehabilitacji zawodowej przeprowadzonej w ZAZ-ie.

W zaistniałej sytuacji **należy uzupełniać ofertę wsparcia ze strony PUP-ów przez współpracę ZAZ-ów z Ośrodkami Doradztwa Zawodowego i Rynku Pracy oraz Centrum Kształcenia Ustawicznego**. Zakłady aktywności zawodowej znajdują się o tyle w dobrej sytuacji, że fundusze na wsparcie aktywizujące, których nie da się otrzymać z PUP-u, jeżeli wspierany niepełnosprawny pozostaje formalnie pracownikiem, można zastąpić środkami z Funduszu Aktywności Zawodowej (standard szczegółowy nr 3).



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Publikacja powstała w ramach projektu *Zintegrowany System Wsparcia Ekonomii Społecznej*, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

PUBLIKACJA DYSTRYBUOWANA BEZPŁATNIE

Niniejsza publikacja odzwierciedla wyłącznie poglądy Autorów

**INSTYTUT SPRAW
PUBLICZNYCH**



**ekonomia
społeczna (eS)**

ISBN: 978-837689-212-2

Wydawca:

Fundacja Instytut Spraw Publicznych

00-031 Warszawa, ul. Szpitalna 5 lok. 22

tel.: (22) 55 64 260, fax: (22) 55 64 262

e-mail: isp@isp.org.pl, www.isp.org.pl

© Copyright by Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2013

Koordynacja projektu: **Izabela Przybysz**

Korekta językowa: **Izabela Komorowska**

Projekt graficzny i skład: **Agata Wajer-Gądecka (Pole Znak)**

Druk: **WEMA Wydawnictwo-Poligrafia Sp. z o.o.**